Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

Nephritis gravidarum.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der
Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität

zur

**Erlangung der Doktorwürde
in der Medizin und Chirurgie**

vorgelegt von

Hipolit Geisler.

Breslau V
Druckerei Schenkalowsky Nachf.
1912.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Küstner.

Meinen lieben Eltern und Tante
Klara Seidemann geb. Preiß
in Verehrung gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548201_0004

Nephritis gravidarum.

Bevor die Albuminurie als das wichtigste Kriterium der Nierenerkrankungen bekannt war, erwähnte schon Hippokrates das Vorkommen von Wassergeschwülsten (Anasarka) bei schwangeren Frauen. Desgleichen widmet van Swieten in seinen Kommentaren zu „Boerhaves Aphorismen" ein besonderes Kapitel der Geschwulst der Füße und Schamlefzen bei Schwangeren. Auch Richard Bright, der Vater der Lehre von der Nephritis, Gregory und andere berühmte englische Ärzte, die andere Kapitel der Nierenkrankheiten mustergültig bearbeitet haben, haben auffallenderweise die Albuminurie der Schwangeren nicht beschrieben. Als erster hat Rayer 1841 in seinem Werke: Traité des malaides des reins et des alterations de la sécretion urinaire, etudiées en elles — mêmes et dans leur rapport avec les maladies des uretéres, etc. als akut in der Schwangerschaft auftretendes Leiden, von ihm genannt „Nephrite albumineuse", geschildert. Rayer spricht sich nicht bestimmt aus über den Zusammenhang zwischen Nephritis und Schwangerschaft. Er sagt, daß die schwangeren Frauen, bei denen er das Nierenleiden erkannte, sich entweder eine heftige Erkältung bei erhitztem Körper zugezogen hätten, oder dem habituellen Einfluß von Kälte und

Feuchtigkeit in ungesunden Wohnungen ausgesetzt gewesen wären. Einen causalen Zusammenhang zwischen Albuminurie und Schwangerschaft gelang es zuerst Lever 1843 nachzuweisen. Bouchut, Tessier und Stuart Cooper, Devilliers und Regnauld haben die Albuminurie und Eklampsie in Zusammenhang gebracht. Von deutschen Autoren hat besonders Frerichs zum weiteren Ausbau der Lehre beigetragen. Frerichs hebt für die Entstehung der Nierenentzündung der Schwangeren zwei ätiologische Momente hervor: einmal die Alteration der Blutmischung der Schwangeren, sodann die mechanische Behinderung des venösen Kreislaufes im Abdomen. Bestimmter über die mechanische Behinderung sprach sich Lever 1843 aus. An die Ansicht Frerichs und Levers schloß sich Rosenstein an. In welcher Weise der Druck des Uterus die klinischen Erscheinungen erzeugt, gehen die Anhänger der Drucktheorie auseinander. Hiller und Haeberstma nehmen an, daß die schwangere Gebärmutter die Harnleiter zusammendrücke und eine Harnstauung in denselben, besonders im Nierenbecken erzeuge. Sie stützen ihre Theorie auf Aufrecht's Untersuchungen, welcher durch die Unterbindung der Harnleiter ähnliche Erscheinungen beobachten konnte. Von Leyden, Flaischlein und Fehling sind der Ansicht, daß durch den Druck der schwangeren Gebärmutter auf das Ganglion cervicale die Nierenarterien reflektorisch zur Contraction gebracht werden und zu demselben Zustand führen wie jener, der durch Harnstauung bedingt ist. Meyer, Frerichs, Möricke, Litzmann u. a. betrachten als Ursache der

Nierenveränderung im allgemeinen einen erhöhten intrabdominalen Druck.

Die Frage der Häufigkeit der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbette in den ersten Arbeiten von Litzmann und Meyer, die der erste in 43,7%, der zweite in 40,7% und dabei während des Geburtsaktes häufiger fanden, schien so erschöpft, daß Kaltenbach zwei Decennien hinterher nicht für nötig fand, in dieser Richtung weiter zu gehen, befürchtend, mit dem Kateterismus mechanisch eine Blasenentzündung hervorzurufen, und lenkte daher in seiner Arbeit die ganze Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Arten von Albuminurie und ihre Entstehung. Kaltenbach machte einige Beobachtungen über Wochenbettalbuminurie und kam zu dem Schlusse, daß dieselbe eine Fortsetzung der Schwangerschaftsalbuminurie ist. Hauptsächlich beruhen seine Beobachtungen auf der Albuminurie im Wochenbette, und Schlüsse, zu denen er gelangt, sind auf kasnistisch gewählten Fällen gegründet, wo die Albuminurie beobachtet wurde, hauptsächlich bei allerlei septischen und anderen entzündlichen Erkrankungen des Harnapparates, welche im Zusammenhange mit Geburtstraumen — Kateterismus standen.

Hofmeier bearbeitet das gesamte Material der Schröder'schen Klinik während 10½ Jahre, welches aus 5000 Krankengeschichten besteht, von denen 137 Fälle mit der Diagnose Nephritis journalisiert, 104 mit Eklampsie kompliziert waren. Hofmeier findet die Ansammlung der letzteren Art Komplikationen als zufällig und zu statistischen Folge-

schlüssen für die Häufigkeit von Nephritis gravidarum wenig brauchbar; aber nichts destoweniger berechnet er sie mit 2,74% unter dem Vorbehalt, daß diese Zahl zu den schwersten Fällen von Nephritis angehört. 52 Fälle starben, 41 von diesen durch Eklampsie.

Hofmeier unterscheidet 2 Formen von Nephritis: 1. Nephritis acuta, welche durch äußere Ursachen entsteht und oft von Eklampsie begleitet wird. Trotz der Komplikation hat diese Form von Nephritis mehr oder weniger günstige Prognose. 2. Nephritis chronica, die er von echter chronischer Nephritis dadurch unterscheidet, daß sie mit ihrem schnellen Verlauf an Nephritis acuta erinnert. Die Schwangerschaftsnephritis zählt Hofmeier zu zweiter Form.

Komplikationen mit Eklampsie sehen wir seltener, aber häufiger Exitus letalis oder Übergang ins chronische. In der Mehrzahl der Fälle kommt Frühgeburt und Tod der Frucht zustande.

Unter den 104 Fällen mit Eklampsie fand er 89, bei denen die Nierenerscheinungen ganz plötzlich auftraten. Es ist zu bedenken, daß unter den 89 Fällen, da sie vor der Präzisierung durch Leyden publiziert wurden, eine große Zahl als akute Schwangerschaftsnephritis zu bezeichnen ist. Auch Flaischlein ist der Meinung, daß der akuten Nephritis eine hohe Bedeutung beizumessen ist.

Koblank fand unter 77 ausdrücklich als Schwangerschaftsnephritis bezeichneten Fällen 73 mit Eklampsie.

Rosenstein berechnet das Vorkommen von Eklampsie bei Schwangerschaftsnephritis auf 25%.

Die so oft für die Infektionstheorie angeführte Tatsache, daß in manchen Jahreszeiten sich Eklampsiefälle häufen und geradezu epidemieartig werden, möchte ich durch das in jenen Monaten (Oktober — Februar) begünstigte Auftreten der akuten Erkältungsnephritis erklären. Olshausen ist es, der auf diese Tatsache zuerst hinwies.

Fast alle Autoren haben beobachtet, daß die Eklampsie bei chronischer Nephritis sehr selten ist. Ebenso sind auch die Sektionsbefunde der Niere selten die einer chronischen Nephritis.

Was die Schwangerschaftsniere betrifft, so kommt bei ihr Eklampsie nicht vor. Koblank, Devillier und Regnauld, Noak, Elsemann und andere vertreten dieselbe Ansicht. Unter den von mir angeführten Fällen war keiner mit Eklampsie kompliziert.

Somit nimmt die Schwangerschaftsnephritis unter den bei Eklampsie beobachteten Nierenaffektionen, was Häufigkeit betrifft, die erste Stelle ein.

Hofmeier hebt Ursachen hervor, die für die Gefahr des Lebens der Mutter sprechen und empfiehlt, als einzig richtigen therapeutischen Eingriff die rechtzeitige künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft mit womöglicher Erhaltung der Lebensfähigkeit der Frucht. In Fällen von rezidivierender Nephritis, bei welcher eine besondere Gefahr des Übergangs in die chronische Nephritis besteht, oder beim Auftreten schwerer Nephritiserscheinungen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, dürfte man sich nicht scheuen, den künstlichen Abort einzuleiten.

Hinsichtlich dessen, daß Hofmeiers Beobachtungen nur schwere Fälle berücksichtigen, aber auch nicht mögliche Fälle von vorangegangener chronischer Nephritis verwerfen, kann man seine Schlüsse nicht verallgemeinern und die Argumente als besonders beweisend ansehen.

Möricke strebt zu beweisen, daß die Stauung das einzige ätiologische Moment ist für die in der Schwangerschaft entstandenen Nephritiden, aber die Argumente seiner Theorie will er mit Untersuchungen des Harns während der Geburt beweisen.

In seinen Auseinandersetzungen führt er keine klaren Unterschiede zwischen den Ursachen, welche während der Schwangerschaft bestehen und welche durch den Prozeß der Geburt entstehen, an, sondern weist auf das häufige Vorkommen von Albuminurie während der Geburt hin, was schon durch seine Vorgänger bewiesen wurde, und erklärt es mit Zirkulationsstörungen, welche durch die Geburtswehen hervorgerufen werden, bei welchen die Gebärmutter ihre Gestalt verändert, die Bauchmuskeln und Zwerchfell sich kontrahieren, der Inhalt des Bauches komprimiert und der Abfluß des venösen Blutes aus den Bauchorganen verhindert wird. Möricke findet für möglich, diese Theorie auf die Schwangerschaftsalbuminurie zu beziehen. Er fand zwischen 100 Gebärenden 37 % mit Albuminurie und 13 % Albuminurie und Cylinder. Nur in zwei Fällen konnte er eine Affektion der Nieren, abhängend vom Prozesse der Geburt ausnahmsweise bestätigen, da im Anfang der Geburt im ersten

Falle kein Eiweiß und Cylinder im Urin, und im zweiten keine Cylinder bei Spuren Eiweiß nachgewiesen werden konnten. Auch die anderen Fälle mit Ausnahme zweier, die er auf die Schwangerschaft bezieht, brachte er in Abhängigkeit von der Geburt, trotzdem er keine Beweise durch die Harnuntersuchungen in der Schwangerschaft hatte. Er stimmt nicht entschieden der Ansicht von Hofmeier über den Zusammenhang von akuter und chronischer Nephritis bei. Er sagt vielmehr, daß das lange Bestehen eines entzündlichen Prozesses in der Niere die Entzündung verstärkt und zu Strukturveränderungen führt, die zu regenerieren nicht fähig sind. Er verschweigt die Frage der Differentialdiagnostik der vorangehenden chronischen Nephritis.

Ingerslew fand bei der Untersuchung von 153 Schwangeren bei 50, d. h. 32 % Albuminurie. Da er in 46 Fällen keine Cylinder fand, kam er zu dem extremen Schlusse, daß man die Albuminurie während der Geburt ansehen muß als eine oft vorkommende Komplikation. Sie soll nur auf Grund mikroskopischer Untersuchungen und Bedingungen, bei welchen sie kommt und verschwindet, ein Ausdruck einer Hyperämie und Katarrhs der Harnwege sein. Dieselben sind durch Zirkulationsstörungen bedingt und stehen mit dem Geburtsakte in Verbindung. Daß die Albuminurie in seinen Fällen ausschließlich durch den Geburtsakt bedingt war, beweist er, erstens durch die relative Seltenheit der Albuminurie während der Schwangerschaft (nach seinen Beobachtungen in 4,8 %) und zweitens

dadurch, daß von 46 Gebärenden mit Eiweiß im Urin nur 15 während der Schwangerschaft Albuminurie in demselben Maße haben, wie während der Geburt.

In den letzten vier Fällen beobachtete Ingerslew Albuminurie, von der er nicht sagen kann, ob der Anfang zum Geburtsakte gehört. Die Möglichkeit des Entstehens der Albuminurie während des Geburtsaktes verneint er nicht, aber Beweise dafür kann er nicht bringen.

Die Mängel der Drucktheorie hob Bartels mit großer Schärfe hervor. Er wies auf Grund zahlreicher Sektionen von Hochschwangeren darauf hin, daß der ausgedehnte Uterus nicht imstande ist, eine mechanische Druckwirkung auf die Nierenvenen auszuüben, auch daß der anatomische Befund nicht einer cyanotischen Induration der Nieren, sondern dem einer parenchymatösen Nephritis gleicht. Er gestand nicht zu wissen, wodurch die Nierenentzündung der Schwangeren bedingt sei, glaubte aber, in dem anatomischen Befunde Anhalt zu haben, um annehmen zu dürfen, daß es sich um einen entzündlichen Prozeß handelt.

Grundlegend ist die im Jahre 1881 von v. Leyden erschienene Arbeit über die Schwangerschaftsniere, die mit anatomisch histologischen Untersuchungen belegt war. v. Leyden stimmte Bartels bei, daß nichts vorliege, was für eine venöse Stauung der Niere spreche; aber es liegt auch kein Grund zur Annahme einer akuten Entzündung vor. Auf Grund großer klinischer Erfahrungen und pathologischer Sektionen führte v. Leyden eine strenge Grenze zwischen ent-

zündeter, cyanotischer und der Schwangerschaftsniere durch. In anatomischen Präparaten fand er eine fettige Metamorphose im Epithel der Bowmann'schen Kapseln und der Harnkanälchen und eine ausgesprochene Anämie der Nieren. In solch einem Zustande ist der Prozeß nach Ablauf der Ursache nicht unfähig zu regenerieren, trotzdem das Resultat der Harnuntersuchung das Bild eines ernsten Nierenleidens bietet.

Für den Urin ist charakteristisch: wenig hyaline Cylinder, viel Epithelien und sehr wenig rote Blutkörperchen. Der Übergang der Schwangerschaftsniere ins chronische Stadium ist für v. Leyden nicht nachgewiesen und die Beweise, welche Hofmeier beibringt, sind nicht besonders überzeugend.

Für v. Leyden ist die Differentialdiagnostik der vorangehenden chronischen Nephritis auf Grund anamnestischer Angaben vom Fehlen der Oedeme während der Schwangerschaft bedenklich; sogar bei genauer Prüfung des Urins und Sediments. Außerdem nimmt v. Leyden noch eine andere Form von Nierenaffektion an, die auch im Zusammenhange mit der Schwangerschaft oder infektiösen Erkrankungen im Wochenbette steht, aber es ist in der Tat eine Nephritis acuta analog der, die sich bei Infektionskrankheiten entwickelt.

Als Kennzeichen der Symptome der Schwangerschaftsniere nennt v. Leyden folgende:

1. Die Erkrankung entwickelt sich in der Regel in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, nie vor dem 3. Monat, am häufigsten bei

Primiparis, selten bei Multiparis.

2. Die Intensität der Erkrankung, besonders der Albuminurie, steigt bis gegen das Ende der Schwangerschaft, ist am stärksten während der Geburt und nimmt nach der Geburt auffallend schnell ab.
3. In der Regel ist mit der Albuminurie eine Verminderung der Harnsekretion verbunden.

Andererseits spricht das Auftreten von Formelementen in einer früheren Zeitperiode der Schwangerschaft, ebenso wie eine abnorm starke Zunahme derselben während der letzten vier bis fünf Wochen:

1. Das der roten Blutkörperchen für eine Nephritis acuta,
2. das der granulierten, epithelialen und Fettcylinder für eine Nephritis chronischer Form.

Flaischlein verfolgt den Gedanken von einer Möglichkeit der Entwickelung krankhafter Veränderungen in den Nieren während der Schwangerschaft und der Geburt, welche hauptsächlich von den beiden abhängig sind. Bei der Untersuchung des Urins von 537 Fällen fand Flaischlein bei 93 d. h. 17,3% Albumen im Urin. 73 Fälle d. h. 25% waren Erstgebärende, 20 d. h. 8% Mehrgebärende. Außer 2 Fällen schwand das Albumen bald nach der Geburt. Er kommt zu dem Schlusse, daß in einer Reihe von Fällen schon allein durch den graviden Uterus reflektorisch Nierenanämie ausgelöst werden kann und daß der Übergang der Schwangerschaftsniere in chronische Nephritis unwahrscheinlich und bis jetzt noch nicht sicher bewiesen ist.

Lantos fand bei der Untersuchung von 600 Schwangeren bei 356 d. h. 59,33 % Albumen. Die gewonnenen Prozente sind höher als vor ihm. Von 268 Erstgebärenden fand er bei 189 d. h. 70,5 % und von 332 Mehrgebärenden bei 167 d. h. 50 % Albumen. Folglich findet man Albuminurie bei Erstgebärenden viel häufiger.

Vergleichende Beobachtungen über die Häufigkeit der Albuminurie bei Schwangeren und Gebärenden hat Lantos bei 47 Fällen gemacht. Es hat sich herausgestellt, daß während der Schwangerschaft bei 10 d. h. in 21,3 %, während der Geburt, bei 26 d. h. in 55,3 % Albumen im Urin vorhanden war.

Am häufigsten wurde die Albuminurie bei Erstgebärenden vom 15.—20. Jahre als Folge erhöhter Erregbarkeit bemerkt. Bei Mehrgebärenden vom 30.—35. Jahre, welches Vorkommen Lantos erklärt, daß III—V parae, welche in diesen Jahren gebären, die größten Kinder haben.

Auf Grund seiner 39 pathologischen Autopsien schließt er sich v. Leyden an.

L. Meyer beobachtete Albuminurie während der Geburt von 1138 Fällen in 285, d. h. 25 %.

Bei Erstgebärenden wurde Albuminurie etwas häufiger (in 28,4 %), als bei Mehrgebärenden (21 %) beobachtet.

Meyer ist der Meinung, daß das Alter keinen besonderen Einfluß auf die Albuminurie besitzt. Er bestätigt die Meinungen von Flaischlein und Möricke zur Frage von der selbständigen Entstehung der Albuminurie während der Geburt. Albuminurie ohne

Cylinder, entstanden während der Geburt, soll rasch vorübergehend sein, währenddessen Schwangerschaftsalbuminurie viel langsamer schwinden soll und häufig noch lange nach der Geburt besteht. In wenig Fällen war die Albuminurie geheilt und die Prognose in Beziehung zu restitutio ad integrum zweifelhaft, wo die Albuminurie schon in der Schwangerschaft bestand.

Aufrecht, gestützt auf die Harnuntersuchungen von Friedeberg, ist der Meinung, daß das Albumen im Zusammenhang mit dem Geburtsakte steht, als Folge von Geburtswehen.

Was die Phatologie der Nieren betrifft, so ist Aufrecht der Meinung, daß das Ausscheiden von Eiweiß und Cylinder zwei unabhängige Prozesse sind und daß die Cylinder ein Produkt eines entzündlichen Reizes des Epithels sind.

Friedeberg fand unter 130 Gebärenden bei 58 d. h. 44,6 % Eiweiß, in 7 Fällen d. h 5,4 % Eiweiß und Cylinder. Da in 7 Fällen schon während der Schwangerschaft Eiweiß beobachtet wurde, so hat er in 51 Fällen d. h. 39,2 % den Zusammenhang mit dem Geburtsakte gestellt. Bei Erstgebärenden war Eiweiß in 33 Fällen d. h. 59 %, bei Mehrgebärenden in 18 Fällen d. h. 40 % vorhanden.

Friedeberg schreibt der Langwierigkeit der Geburt große Bedeutung zu. Insgesamt war die Eiweißmenge in solchen Fällen höher, wo sich der Geburtsakt länger hinzog. Er hat keinen Fall gesehen, wo Eiweiß während der Schwangerschaft bestand und bald nach der Geburt verschwunden war.

Albuminurie, die während der Schwangerschaft bestand, erhöht sich im Anfange der Geburt, in seltenen Fällen bleibt sie unverändert. Es war kein Fall vorhanden, wo die Albuminurie, welche in der Schwangerschaft bestand, bald nach der Geburt verschwand; er stimmt vollständig mit Aufrecht überein.

Trautenroth beobachtete den Einfluß des Geburtsaktes auf die Zusammensetzung des Urins in 61 Fällen: bei 37 Erst- und 24 Mehrgebärenden.

Bei allen, mit Ausnahme einer Mehrgebärenden, hat er Eiweiß im Harn gefunden; also nach den Beobachtungen von Trautenroth ist das Vorhandensein von Eiweiß im Urin als Regel aufzufassen, die Abwesenheit als eine Ausnahme. Von 37 Erstgebärenden waren bei 11 d. h. 30 % bei 23 Mehrgebärenden in 7 Fällen d. h. 30 % Cylinder vorhanden. Er fand eine unbedeutende Menge von hyalinen Cylindern, mit Ausnahme von 2 Fällen, wo die Eiweiß- und Cylindermenge groß war, in einem von ihnen fand er außer hyalinen noch granulierte Cylinder. Was die anderen Formelemente betrifft, so hält es Trautenroth für unmöglich, zu einem bestimmten Schlusse zu kommen, von wo sie stammen und was für diagnostische Schlüsse aus ihnen zu ziehen sind.

Er ist überzeugt, daß die großen Mengen von Plattenepithelien aus der Blase stammen.

Dieselbe Meinung bezieht er auf die Leukocythen, die Entstehung und pathologische Bedeutung, welche mehr oder weniger unbestimmt ist, wenn man diese Fälle nicht rechnet, wo eine

bedeutende Zahl auf die Entzündung der Harnwege oder Blase hinweist. Erythrocythen bilden auch keine Ausnahme, unabhängig von ihrer Zahl, da der Geburtsakt wie auch die Kateterisation unbedeutende Verletzungen hinterlassen. Er nahm damals nur an, daß der Entstehungsort der roten Blutkörperchen die Niere ist, wenn die letzten mit Cylinder belegt waren, was er selten beobachtete.

Das Verschwinden der Cylinder beobachtete Trautenroth meistenteils in den ersten Tagen nach der Geburt. Ein längeres Fortbestehen von Albuminurie erklärt er mit einem leichten katarrhalischen Zustande der Harnwege, der ohne objektive und subjektive Symptome außer Veränderungen im Urin verläuft. Trautenroth besagt nicht mit voller Überzeugung den Ursprung der leichten Katarrhe, aber er gibt einige ätiologische Momente an: Den Übergang der Bakterien aus den Locchien durch den breiten und kurzen Harnkanal, das Übergreifen der entzündlichen Erscheinungen auf die innere Fläche des Kanals und der Blase vom Orte der Erosionen der äußeren Öffnung und des Kanals während der Geburt. Trautenroth kann nicht bestimmt behaupten, ob die Ursache des Katarrhs die Kateterisation sein konnte, sondern dies ist für ihn wenig glaubwürdig bei genauer aseptischer Kateterisation. Da Trautenroth den Einfluß auf die Urinbestandteile einzelner Geburtsperioden untersuchen wollte, entnahm er in verschiedenen Momenten der Geburt Urin in 10 Fällen. Dabei stellte sich heraus, daß die Geburtsalbuminurie

hauptsächlich unter dem Einflusse der Umstände entsteht, die sich während der Eröffnungsperiode entwickeln. Er hat sich somit entschieden gegen die Meinung Aufrechts und Friedebergs ausgesprochen, welche in der Frage der Geburtsalbuminurie den Schwerpunkt in die Austreibungsperiode gelegt haben. Nach Trautenroth ist die Eiweißmenge und Cylinderzahl in der Austreibungsperiode unverändert oder auch verkleinert.

Was den anatomischen Prozeß der Nieren betrifft, stimmt er mit v. Leyden und Flaischlein überein. Nach seiner Meinung geht die Schwangerschaftsniere niemals in die Nephritis chronica über.

Für die Ätiologie der Schwangerschaftsniere, nach Trautenroth, hat eine gewisse Bedeutung:

1. Der vorangehende Zustand der Nieren während der Schwangerschaft, bei welcher die Erhöhung des intraabdominalen Druckes und die Ernährungsstörung der Nieren eine gewisse Rolle spielt, bedingt die veränderte Bluterzeugung und den Stoffwechsel bei Schwangeren.
2. Durch Druck des Kopfes auf die Harnleiter und den dadurch erschwerten Harnabfluß. Die Hauptursache schreibt er dennoch dem Einflusse der noch unbekannten toxischen Substanzen auf das Blut, welche sich aus dem Zerfalle der Decidual- und Placentarzellen bilden, zu.

Volkmar untersuchte den Urin bei 60 Schwangeren und Gebärenden. Mit Ausnahme von 2 Fällen, wo Gonorrhoe und 17, wo Albuminurie während

der Schwangerschaft und Geburt nicht bestand, fand Volkmar in 41 Fällen d. h. 68,3% während der Geburt Albuminurie. Die Häufigkeit der Albuminurie bei Erstgebärenden sieht Volkmar in der Geburtsdauer. Er sah keinen Fall mit Übergang in Nephritis chronica. Da sich nach seinen Beobachtungen während der Geburt eine Veränderung der Nieren mit den charakteristischen Kennzeichen, wie während der Schwangerschaft entwickeln kann, so ist Volkmar mit Flaischlein einverstanden, daß die Schwangerschaftsniere im engen ätiologischen Zusammenhange mit der Geburtsniere steht.

Saft beobachtete 306 Gebärende: 187 Erst- und 119 Mehrgebärende. Er fand Eiweiß in 87 Fällen d. h. 28,43%; bei 60 Erstgebärenden d. h. 32% und 27 Mehrgebärenden d. h. 22,6%. Er konnte einen Zusammenhang zwischen Albuminurie und Geburtsakt nicht feststellen. Bei primiparae war die Albuminurie nicht nur häufiger, sondern auch stärker. Was das Verschwinden der Albuminurie im Wochenbette betrifft, so verschwand sie bei Erstgebärenden später, als bei Mehrgebärenden; das soll bedeuten, daß die Nierenveränderungen bei Erstgebärenden größer sind. Was die geformten Elemente betrifft, so sind sie zu diagnostischen Zwecken außer Cylinder sehr schwer zu verwerten. Das bezieht sich wie auf Epithelien, welche aus der Blase stammend, vom Zustande der Füllung abhängig sein und Nierenepithelien vortäuschen können, so auch auf Leucocythen und Erytrocythen, die sich auch bei Gesunden vorfinden können. Er fand Cylinder bei Primiparae

in 9%, bei Multiparae 6%. Die Dauer der Albuminurie soll von der Anwesenheit der Cylinder abhängen. Er stellt eine gute Prognose und sah in keinem Falle den Übergang in Nephritis chronica.

Wahrscheinlich soll die Ursache der Nierenveränderungen in der Schwangerschaft eine Autointoxikation des Organismus sein, mit welcher Saft auch die molimina graviditatis und nervöse Erscheinungen erklärt.

E. Dobrowolski untersuchte 157 Fälle: 79 Primiparae und 78 Multiparae. Er untersuchte den Harn im Anfange während des Geburtsaktes und nach der Geburt; nur in 5 Fällen konnte er während des letzten Schwangerschaftsmonats den Harn untersuchen.

Die Untersuchungen ergaben, daß in allen Fällen außer einem Eiweiß im Harn vorhanden war und dabei in umgekehrt proportionellem Verhältnis zwischen Erst- und Mehrgebärenden. Höherer Grad von Albuminurie war bei Erstgebärenden zweimal häufiger, als bei Mehrgebärenden.

Was die Albuminurie mit Cylindern anbetrifft, war dieselbe in umgekehrt proportionellem Verhältnisse, wie bei den Graden der Albuminurie, dabei wurde die Cylindriurie dreimal häufiger bei Erstgebärenden beobachtet.

Dobrowolski kommt zu dem Schlusse, daß die Albuminurie bei Gebärenden sich beständig einstellt und als Ursachen dafür nennt er:

1. Die Degeneration des Nierenepithels,
2. Druck auf die Harnleiter,
3. Erhöhung des intrabdominalen Druckes und
4. Muskelanstrengung.

Jägeroos untersuchte 162 Schwangere und in allen Fällen wurde niemals Eiweiß ganz vermißt. Er gelangt zu demselben Resultate wie Trautenroth und Paikull. In den Untersuchungen des Ersteren wurden 99 %, des Zweiten 100 % aller Fälle Eiweiß festgestellt. Er untersuchte daraufhin 60 normale Frauen, bei welchen er außer Eiweiß auch vereinzelt Sediment vorgefunden hat. Vor ihm haben schon Lüthje und Klieneberg dasselbe konstatiert.

Er kommt zu dem Schlusse, daß die Albuminurie eine normale Erscheinung, die Geburtsalbuminurie eine regelmäßige Begleiterscheinung der Geburt ist, was mit den Resultaten von Trautenroth und Paikull übereinstimmt. Was die Ursachen der erhöhten Albuminurie in der Schwangerschaft und Geburt betrifft, so unterscheidet er chemische und mechanische: Abkühlung der Haut, Intoxikation von seiten der Frucht, Muskelanstrengungen, Gemütsaffekte, venöse Stauungen und traumatische Insulte.

Es ist mir die Aufgabe gestellt, das Material der Breslauer Frauenklinik aus den Jahren 1893 - 1911 den obigen Untersuchungen anzugliedern. Es standen mir zu diesem Zwecke zur Verfügung 13066 Geburtsjournale mit den dazu gehörigen Protokollen über den Verlauf des Wochenbettes und das Verhalten des Kindes. Unter 13066 Geburten sind 76 Fälle mit Eiweiß im Harn verzeichnet. Die Tabellen enthalten 76 Fälle in chronologischer Reihenfolge.

Da die Frauen erstens in die Klinik kommen, wenn sie kreißen und über Vorhandensein von Eiweiß in der Schwangerschaft nichts Sicheres besteht;

zweitens die Untersuchungen nur dann gemacht werden, wenn ein Verdacht auf Nephritis besteht und bald nach der Geburt, drittens bei manchen Frauen auch mit dem Kateter kein Urin erhalten werden kann, so sind die Zahlen als Annäherungswerte zu betrachten. Unter 13066 Schwangeren hatten 70 Albuminurie = 0,57 %.

Die Untersuchungen anderer Autoren zeigen sehr variable Prozentverhältnisse:

L. Mayer	(106 Schw.)	4,7 %
Litzmann	(79 „)	20,2 %
Winckel	(100 „)	10 %
Ingerslev	(600 „)	4,8 %
Flaischlein	(1000 „)	2,6 %
L. Meyer	(1124 „)	5,4 %
Fischer	(175 „)	50 %
Volkman	(60 „)	21,7 %
Trautenroth	(100 „)	45 %
Saft	(314 „)	5,4 %
Baumann	(6093 „)	1,06 %
Fellner	(33881 „)	0,7 %
Dobrowolski	(157 „)	99 %
Paikull	(— „)	100 %
Jägeroos	(162 „)	100 %

Unsere Zahlen sind sehr niedrig und nähern sich denen Fellners und Baumanns. Diese Übereinstimmung mit Fellners Zahlen ist wohl darauf zurückzuführen, daß er auch nur Geburtsberichte zu seiner Arbeit benutzte.

In allen Fällen außer einem war Eiweiß vorhanden. Hinsichtlich des Sediments können wir folgende Tabelle aufstellen.

Tabelle 1

Grad d. Albuminurie	I. parae		II. parae		Multiparae		Summa	
Fehlen v. Albumen	1	2,4 %					1	1,5 %
Spuren	14	34,2 %	4	44,5 %	7	41,2 %	25	37,3 %
Trübung	3	7,3 %			2	11,8 %	5	7,5 %
wenig Sediment .	8	19,5 %	1	11 %	3	17,6 %	12	17,9 %
viel Sediment . .	15	36,6 %	4	44,5 %	5	29,4 %	24	35,8 %
Sa.	41	100 %	9	100 %	17	100 %	67	100 %

Unter den 64 Frauen mit Albuminurie fanden sich 41 = 61 % Erstgebärende und 26 = 39 % Mehrgebärende. Es überwiegen aber beinahe in demselben Prozentverhältnis die Geburten bei Erstgebärenden ohne pathologische Befunde. L. Meyer und Trautenroth lassen dies nur für die Geburtsalbuminurie gelten.

Der Unterschied der Stärke von Albuminurie zwischen I parae, II parae und Multiparae läßt sich aus der vorstehenden Tabelle ersehen.

Schwache Albuminurie wurde beobachtet bei I parae in 34,2 %, bei II parae 44,5 %, bei Multiparae 41,2 %, mittlere Albuminurie bei den ersten in 7,3 %, bei den zweiten überhaupt nicht, bei den dritten in 11,8 %; starke Albuminurie bei den ersten 56,1 %, bei den zweiten 55,5 %, bei den dritten 47 %. Aus der Zusammenstellung geht hervor, daß die starke Albuminurie bei I parae beinahe

zweimal häufiger beobachtet wurde als schwache, und umgekehrt bei Mehrgebärenden. Mittlere Albuminurie ist gleich häufig bei Erst- und Mehrgebärenden vorgekommen.

Die Häufigkeit der Cylindriurie wurde in 32 Fällen d. h. 55,2 % beobachtet. Die Häufigkeit stand im Zusammenhange mit dem Grade der Albuminurie und nahm proportionell dem Gehalte des Eiweißes im Urin zu.

In dieser Hinsicht sind die Angaben in der Tabelle 2 gemacht.

Tabelle 2

Grad der Albuminurie	ohne Cylind.		mit Cylinder		Summa	
Spuren	17	68 %	8	32 %	25	100 %
Trübung	3	60 %	2	40 %	5	100 %
Sediment	6	21,4 %	22	78,6 %	28	100 %
Sa.	26	44,8 %	32	55,2 %	58	100 %

Bei 9 Fällen war der Urin mikroskopisch nicht untersucht worden. Somit war die Cylindriurie bei Spuren von Albumen in 32 %, beim Sediment in 78,6 %.

So ein Zusammenhang in der Häufigkeit der Cylindriurie mit dem Eiweißgehalt des Urins erklärt bis zum gewissen Grade den gesamten Charakter der Albuminurie bei der Geburt, als eine Nierenalbuminurie.

Was die Epithelien anbetrifft, so können wir diese nicht deuten, von welchen Teilen der Harnwege sie stammen. Petzold gibt an, daß es ihm

trotz der Unterstützung zweier kompetenter Histologen Hermann und Hauser nicht gelungen ist, die aus den verschiedenen Teilen der Harnorgane stammenden Epithelien mit Bestimmtheit zu deuten. Dasselbe muß man sagen betreffs der Leukocythen; die Anwesenheit dieser, wie auch der Epithelien, in kleiner Menge wird als normal bezeichnet. Wenn die Leukocythen in größerer Menge vorhanden sind, so soll man nach Trautenroth und Saft die Albuminurie als katarrhalisch betrachten.

Bei der Aufnahme in die hiesige Frauenklinik werden die Patientinnen auf Albumengehalt untersucht. Die Hausschwangeren dagegen werden einmal pro Woche auf Oedeme und Eiweiß untersucht. In den Krankengeschichten fanden wir jedoch den höchsten Albumengehalt nach der Geburt; im Wochenbette fand successive Abnahme der Eiweißmenge statt.

Wenn wir die übrigen Zeichen einer Nierenaffektion betrachten, so sind es in erster Linie die Oedeme, die zuerst die Urinuntersuchung veranlaßten.

Fellner konnte eine Beziehung zwischen Albuminurie und Oedemen nicht finden, da er einerseits bei starken Oedemen wenig Eiweiß, andererseits keine Oedeme und starken Eiweißgehalt des Urins vorfand.

v. Leyden nimmt an, daß das Primäre in dem Krankheitsprozeß die Behinderung in der Zirkulation und die Stauung des Nierensekretes sei, was sich in den klinischen Symptomen des Hydrops und der Urinverminderung ausdrückt, während die Albuminurie

erst in zweiter Linie auftritt, als Folge der Läsion des Epithels der Harnkanälchen. Die statistischen Untersuchungen von Lehfeldt haben dies bestätigt.

Unsere Tabellen zeigen, daß in 24 Fällen d. h. 34,8% Oedeme nicht vorhanden waren, dagegen traf Albuminurie in 45 Fällen d. h. 65,2% mit Oedemen zusammen. Aus den Krankengeschichten ist zu ersehen, daß die Oedeme in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft aufgetreten sind. Die Steigerung der Oedeme wurde vor der Geburt wie auch während des Wochenbettes bemerkt.

Da wir 34,8% haben, die ohne Oedeme Eiweiß ausgeschieden haben und kein Prozent mit Oedemen, die kein Eiweiß ausgeschieden hätten, können wir erstens nicht annehmen, daß die Albuminurie ohne Hydrops selten ist, was den Untersuchungen von Leyden und Lehfeldt widerspricht und zweitens, daß eine Beziehung zwischen Oedem und Albuminurie nur für die Zeit des Auftretens derselben sich feststellen läßt.

Mit dem Auftreten von Oedemen machten sich in vielen Fällen urämische Erscheinungen bemerkbar, die wir öfters für sich allein oder Prodrome schwerer Komplikationen anamnestisch und objektiv aus den letzten Tagen der Schwangerschaft feststellen können.

Als Komplikationen der Schwangerschaft treten nicht selten Amaurose und Retinitis albuminurica auf. Gewöhnlich sind die Ursachen der Amaurose: Neuritis optica, Lues, Tuberkulose, Alkohol, Nikotin, Bleivergiftungen und Niereninsuffizienz. Während wir sonst mit Fällen zu tun haben, bei denen außer

Gravidität noch eine Nierenerkrankung nachweisbar ist, kann auch die Amaurose, wie es Silex berichtet, ohne Komplikationen von seiten der Nieren und urämischen Erscheinungen auftreten.

Wir haben unter den 70 Fällen 3 Mal Retinitis albuminurica (Fall 7, 18, 74) und 2 Fälle von Amaurose (Fall 12, 19) zu verzeichnen gehabt. Aus der Krankengeschichte der Fälle 12 und 74 geht hervor, daß die Patientinnen scheinbar mit einer Amaurose bei der vorletzten Entbindung behaftet waren.

Die urämische oder sogenannte zentrale Amaurose ist immer doppelseitig, meistens ohne Spiegelbefund und ohne Pupillarreaktion. Manchmal besteht das Bild der Retinitis albuminurica. Die Amaurose trat bei unseren Fällen kurz vor der Geburt auf. Bei dem Fall 14 ist Sehstörung durch Schwitzkuren vollständig zurückgegangen. Bei dem Fall 74 besserte sich der Zustand nach der Entbindung.

Es ist eine Tatsache, daß der Prozeß nach der Entbindung sich bessert und man kann die Prognose quoad visum günstig stellen in dem Fall, wenn der Optikus noch nicht zu schwer geschädigt ist. Je länger die Neuritis optica besteht, desto größer wird die Gefahr der Opticusatrophie — und damit des völligen Verlustes des Augenlichtes.

Unter den 3 Fällen von Retinitis albuminurica ist der eine recht typisch, über diesen ich mir zu berichten erlaube:

E. G., 29 Jahre, V. p., Kaufmannsfrau; 2. XII. 10. Anamnese: Will selbst nie krank gewesen sein. 1. Periode mit 14 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen

3—4 Tage. Letzte Periode 28. August. Sie hat 4 mal geboren. Erste Geburt — totes Kind. 3 Kinder leben. Schwellung der Beine in der Knöchelgegend hatte sie bei allen Schwangerschaften vom 7. Monat an. In der 4. Schwangerschaft 1909 vom 7. Monat ab nierenkrank. Einen Tag vor der Entbindung begann ein Augenleiden, das bis zur Erblindung führte. Deshalb vom 2. II. bis 16. III. in der Augenklinik in Behandlung gewesen. Allmähliche Besserung.

Während der jetzigen Gravidität tritt wieder Verschlechterung des Sehvermögens ein. Deshalb von Professor Uhthoff zur Einleitung des Aborts zugewiesen.

Status praesens. Blasse Frau. Mittlerer Ernährungszustand, keine Oedeme. Herz: Spitzenstoß außerhalb der Mammilarlinie im V. I.-R. Herzdämpfung nach links verbreitet, zweiter Aortenton accentuiert. Lungen: Ohne Befund. Urin: Albumen + Esbach $^1/_2$ ‰. Im Sediment: Leukocyten, Epithelien, Bakterien, keine Cylinder. Ophthalmoskopischer Befund: (Brief von Geh. Med.-Rat Prof. Uhthoff). 2. II. 10. Beiderseits ausgesprochene Retinitis albuminurica. Am 22. Januar 1910 Entbindung und gleich nach der Geburt ganz blind (scheinbar urämische Amaurose), Urin stark albumenhaltig.

R. fing 4 m
L. fing 3 m } Centrale Scotome.

In der sich anschließenden Beobachtung Besserung des Prozesses und Steigen des Visus.

Entlassung am 7. III. 10.

30. XI. 10. R. S. = $^5/_{30}$

L. S. = $^5/_5$

Der ophthalmoskopische Befund z. Z. fast normal, nur in der Gegend des hinteren Augenpoles noch teilweise leichte Trübung der Retina und einzelne grauweiße kleine Herde. (Der frühere Retinalprozeß fast völlig geschwunden.)

Patientin jetzt gravida im 3. Monat, vermehrte Kopfschmerzen, Urin albumenhaltig und angeblich zeitweise Schwellung des Gesichtes. — 9. XII., $12^1/_2{}^h$ pm: Dilatation der Cervix bis Dilatator Nr. 12, Einführen eines kleinen Hystereurynters, Füllung mit 35 ccm sterilen Wassers. Belastung mit 250g. — 4^h pm: schwache Wehen in viertelstündlichen Pausen. — 9^h pm: Wehen etwas stärker. — 10. XII., 9^h pm: Äußerer Muttermund fest um den Bulbusschlauch geschlossen. Der Ballon hat anscheinend den oberen Teil der Cervix dilatiert. Wehen schwach. — 5^h pm: Wehen stark. Der äußere Muttermund ebenfalls erweitert, so daß ein Finger eindringen kann. Entfernung des Ballons. Danach wird sogleich ein Fuß des Fötus geboren. Da die Patientin recht empfindlich ist, Einleitung einer Äthernarkose; sodann digitale Ausräumung des Fötus und der Eihüllen. Alkoholspülung. 2 Spritzen Secacornin. Der Uterus contrahiert sich gut, keine Blutung. Curettage.

Weiterer Verlauf bis zur Entlassung fieberfrei. Entlassungsbefund: Uterus klein anteflektiert, Adnexen nicht getastet, Augenstörungen unverändert. Im Urin: geringe Menge Eiweiß, ganz vereinzelte Cylinder.

Das ophtalmoskopische Bild der Retinitis albuminurica gravidarum stimmt mit demjenigen anderer Erkrankungen der Augen überein. Die Pupille und Netzhaut ist grauweißlich getrübt in der Gegend des hinteren Augenpols. Besondere diagnostische Wichtigkeit haben Hämorrhagien und weiße Flecke an der Macula lutea.

Die Sehstörung pflegt allmählich und ebenso wie die Schwangerschaftsniere in der zweiten Hälfte der Gravidität aufzutreten. Unsere Patientin ist wohl mit Retinitis albuminurica schon während der Schwangerschaft behaftet gewesen und dann wurde sie erst mit Amaurose kompliziert, denn als wir sie im Dezember 1909 sahen, hatte sie über Kurzsichtigkeit und Schwachsichtigkeit geklagt, was wohl auf bestandene Retinitis albuminurica zurückzuführen ist. Plötzliche Erblindungen kommen nur dann vor, wenn als Komplikation Netzhautablösung oder Amaurose auftritt. Bei späteren Schwangerschaften recidiviert die Retinitis albuminurica mit immer schlechterer Prognose bezüglich einer Restitutio ad integrum. Das beweist uns auch der vorliegende Fall. Die Sehstörung der Patientin hat recidiviert und sich trotz des eingeleiteten Abortes, wie wir jetzt erfahren, noch verschlimmert.

Der Zusammenhang zwischen Nieren und Netzhautleiden ist, trotzdem vieles darüber geschrieben, noch unaufgeklärt und selbst die Traubsche Ansicht, als ob es sich um die Folgen der Herzhypertrophie und des gesteigerten Blutdruckes in der Retina handele, ist längst widerlegt und verlassen.

Greeff ist der Ansicht, daß der Prozeß in der Retina mit dem in den Nieren auf eine Stufe zu stellen ist und sich aus derselben Schädlichkeit entwickelt.

Die Prognose hängt vom Entwicklungsgrade und der Krankheitsdauer ab. Ein konstantes Verhältnis zwischen Entwicklung und Dauer besteht nicht, indem selbst langwierige Prozesse mit gänzlicher Restitution endigen können und umgekehrt sehr rapid verlaufende Fälle oft sehr ungünstig endigen.

Das Leiden war in unseren Fällen ungünstig, da der Fall 74 eine geraume Zeit nach der Entbindung sich noch verschlimmert hat, die anderen, über welche die Krankengeschichten fehlen, in die Augenklinik überwiesen werden mußten.

Das häufigste Zeichen der Nierenerkrankung ist die Albuminurie. Da wir aber nicht wissen, ob der Harn schon in den Nieren als eiweißhaltig secerniert wird oder dem eiweißfrei secernierenden Harn in der Niere oder in den Harnwegen Eiweiß beigemischt wird, wollen wir die Harncylinder als Boten der Vorgänge in den Nieren selbst betrachten.

Wir hatten unter den registrierten 76 Fällen, von welchen bei 61 genaue Angaben vorhanden sind, 32 mal Cylindriurie gefunden. Die Cylinder weisen auf renale Albuminurie hin.

Von den 32 Fällen kam der Fall 55 ad exitum.

Sektionsprotokoll: Dilatatio cordis mit Myodegeneratio, Schwangerschaftsnephritis, Leber verfettet; die Frau ist unentbunden gestorben.

Den Fällen von Schwangerschaftsnephritis stehen 26 Fälle von Schwangerschaftsniere gegenüber.

Wenn wir die Erscheinungen der Schwangerschaftsniere zusammenfassen: langsame Entwickelung ohne Beschwerden, Eiweißgehalt des Urins, der post partum schnell abnimmt, geringe Harnmenge und hohes spezifisches Gewicht, Auftreten von vereinzelten hyalinen und granulierten Cylindern und zahlreicher weißer Blutkörperchen im Gegensatz zu vereinzelten roten, was entschieden für eine Anämie der Nieren spricht, so leitet uns dies über zur Frage, wie unterscheidet man eine Schwangerschaftsniere von einer anderen in der Schwangerschaft auftretenden Nephritis?

Es ist schwer zu sagen, ob die Beantwortung dieser Frage überhaupt möglich ist und es gibt verschiedene Autoren, die dies verneinen, denn die anamnestischen Angaben täuschen zu oft, als daß nicht immer wieder diagnostische Irrtümer unterlaufen sollten.

Ich will diejenigen Punkte hervorheben, die wenigsten einige Sicherheit bieten:

1. Die Schwangerschaftsniere entwickelt sich langsam.
2. Die subjektiven Beschwerden treten gewöhnlich erst auf der Höhe der Affektion auf, ja sie fehlen ganz bisweilen, während bei der akuten Nephritis stürmische Erscheinungen — Frost, Fieber, heftige Schmerzen in der Nierengegend, starker Drang zum Urinlassen — auftreten.

Strümpel ist der Meinung, daß bisweilen auch dieselben in der Schwangerschaftsniere auftreten können, während sie bei jeder akuten Nephritis Regel sind.

3. Auch der mikroskopische Befund gibt, wie ich schon oben anführte, einzelne Anhaltspunkte. Vor allem treten bei der akuten Nephritis oft starke Hämorrhagien auf, es finden sich zahlreiche rote Blutkörperchen im Harn, ganz im Gegensatz zur typischen Schwangerschaftsniere, die deutlich ein anämisches Bild zeigt. Von großer Bedeutung ist die Verfettung der Nierenepithelien, die sich bei der akuten Nephritis in diesem Maße sehr selten findet.

Der Fall 28 kam ad exitum. Die Autopsie ergab: Starke Anämie sämtlicher Organe, besonders der Nieren, so daß die klinisch festgestellte Nephritis makroskopisch nicht ohne weiteres bestätigt werden konnte. Die Fälle 30, 50, 61 und 74 sind mit Nephritis chronica behaftet. Da die Patientinnen mehrere Geburten mitgemacht haben, niemals albumenfrei aus dem Wochenbett aufstanden, und das Herz in Mitleidenschaft gezogen wurde, halte ich für möglich, daß sich das chronische Stadium aus der Schwangerschaftsniere entwickelt hat.

Jedenfalls glaube ich, daß ein Übergang in chronische Nephritis vorkommt und zwar nach den Angaben anderer Autoren, der Übergang in Schrumpfniere am häufigsten.

v. Leyden berichtet, daß von 10 Patientinnen die anhaltende Albuminurie in 2 Fällen in Schrumpfniere überging.

Koblanck hat 77 Frauen nachuntersucht und in 5 Fällen den Übergang in chronische Nephritis festgestellt.

Nicht übereinstimmend sind die Ergebnisse von Studer, welcher bei 20 Frauen Nachuntersuchungen vorgenommen hat und alle gesund fand.

Ferner berichtet auch Ingerslew über 2 Fälle, die in chronische Nephritis mit Herzhypertrophie übergegangen sind.

Weinbaum hat 3 Fälle veröffentlicht, bei denen er durch anatomische Untersuchungen den Übergang von Schwangerschaftsniere in chronische Nephritis erwiesen hat.

Einen ähnlichen Standpunkt vertreten Litzmann, Moericke, Hofmeier, Fischer, Munlieff und Fehling; diesen gegenüber stehen Rosenstein, Ahlfeld, Löhlein Volkmann, Trautenroth und Flaischlein, welche den Übergang in chronische Nephritis bestreiten.

Betrachten wir den Verlauf bei den Fällen, die mit Herzfehler kompliziert sind, so finden wir außer bei zweien (Fall 14 und 49) einen verzögerten Verlauf sämtlicher Symptome der Schwangerschaftsnephritis.

Es wäre noch festzustellen, welchen Einfluß lange Geburtsdauer, Mißverhältnis zwischen Becken und Frucht und Zwillingsschwangerschaft auf die Albuminurie haben.

Fast alle Fälle haben das Gemeinsame einer langen Geburtsdauer. Wir sehen, daß unter der

Geburt die Eiweißausscheidung eine vermehrte ist und darum können wir uns Ingerslew anschließen, daß die lange Geburtsdauer einen kennbaren Einfluß auf die Albuminurie besitzt.

Zwei Frauen (Fall 33 und 47) hatten ein mäßig verengtes Becken. Fall 28 hat ein lebendes Kind geboren und starb bald darauf. Fall 42 hat nicht geboren. Das Ergebnis der Autopsie wurde auf Seite 30 angegeben. Abnorm große Früchte wurden in 6 Fällen geboren. Die Geburten verliefen spontan und außer dem 52. Fall war die Geburtsdauer ziemlich groß. Der Eiweißgehalt nach der Geburt stieg in 2 Fällen (27 und 57) von 1‰—4‰. Das Wochenbett verlief sonst bei allen ohne Regelwidrigkeiten.

Zwillinge wurden bei 4 Frauen geboren. Alle Frauen waren außer dem 69. Fall primiparae. Außer dem Fall 44 war der Eiweißgehalt hoch und die Geburtsdauer lang. Der Ablauf sämtlicher Erscheinungen zeigt keine Besonderheiten.

Nunmehr gehe ich dazu über, mich der Prognose für das Kind zuzuwenden. Von 70 Kindern, die geboren wurden, sind 8, von welchen die Angaben fehlen, 7 tot geboren, unter denen 1 maceriert, 5 in der 1. Woche nach der Geburt gestorben und 2 Abort artific. Auf Grund dessen wurden ausgetragene lebensfähige Kinder in der Zahl 48 d. h. 68,6% geboren. Die Gesamtmortalität der Kinder betrug 31,4%. Viel schlechtere Resultate gibt Hofmeier an, der unter 28 Patientinnen nur 10 mal die Geburt des Kindes nach der Mitte des 10. Monats hat erfolgen sehen, d. h. nur in 36% seiner Fälle sind die Früchte ausgetragen worden.

Für das Auftreten von Frühgeburten wird neben der Lues als die häufigste Ursache Nephritis beschuldigt. Lues kommt in unseren Fällen nicht in Betracht, da sie in einem Falle (9) festgestellt wurde, das Kind aber ausgetragen und lebensfähig war.

Ist die Schwangerschaft in einigermaßen erheblichem Grade mit Nephritis kompliziert, so ist eine ungünstige Beeinflussung der Frucht durch das Nierenleiden vorauszusagen. Es kommen dabei die verschiedensten Abstufungen vor: Abort, Frühgeburt mit faultoter Frucht, Frühgeburt mit relativ sehr in der Entwicklung zurückgebliebenem Kind, rechtzeitige Geburt mit atrophischer, lebensschwacher Frucht usw. Nach Hofmeier wurden von den Kindern tot, resp. in so frühem Alter, daß sie als absolut verloren anzusehen waren, 57,1 % geboren, lebend 42,9 %, wobei meist nur schwere Fälle in Betracht gekommen sind. Der gleiche Autor hat von 45 Schwangerschaften mit Nephritis 30 als vorzeitig unterbrochen beobachtet, und darunter 17 so früh, daß die Kinder nicht lebensfähig waren. Flaischlein stimmt mit Hofmeier überein.

L. Meyer berechnete auf 907 Schwangerschaften ohne Albuminurie 179 = 19,7 % vorzeitige Unterbrechung, auf 47 mit Albumen 13 = 27,7 % und bei Albuminurie mit Cylinder trifft er nicht völlig 3 % tote Früchte, deren Absterben sich nicht aus anderen Ursachen erklären läßt, also 1 % mehr als bei Frauen ohne Nierenkomplikation, eine Zahl, die ihm, mit anderen Angaben verglichen, sehr klein vorkommt.

L. Meyer weist an seinem Material nach, daß von Schwangeren ohne Eiweiß im Urin 19,7 %, von

solchen mit Eiweiß und Cylinder 41 % der Kinder unreif waren. Die Erklärung dieser auffallenden Erscheinungen suchte Hofmeier dadurch zu geben, daß er die frühzeitige Ausstoßung der Frucht gleichsam als eine Reaktion des mütterlichen Organismus betrachtet.

Fehling und nach ihm L. Meyer und andere haben auf einen Zusammenhang zwischen Nierenleiden, Placentaraffektion und Fruchttod aufmerksam gemacht.

Fehling hält eine Erkrankung der Placenta für die Ursache des Absterbens der Früchte. In 54,9 % der Fälle bei seinen Nephritikerinnen fand er die Placenta mit Fibrinkeilen durchsetzt, während sie nach seiner Angabe bei gesunden Frauen nur in 15,5 % der Placenten zu finden sind. Auch die Untersuchungen Cohns führten zu demselben Ergebnis.

Nach Ackermann sind diese Infarkte das Produkt einer Coagulationsnecrose, verursacht durch eine entzündliche Erkrankung der Gefäße.

Langhaus erklärt sie für einfaches Fibrin, welches aus umgewandeltem Blut entstanden ist.

v. Recklinghausen meint jedoch, da keine Fasern nachweisbar sind, daß es sich um keine Fibrinbildung handelt, vielmehr hält er diese Fibrincylinder für hyaline Cylinder. Wir fanden Placentarveränderungen nicht in so ausgiebiger Zahl vor, dadurch wohl, daß die Placenten mit Berücksichtigung obengenannter Voraussetzungen nicht untersucht worden sind.

In 7 Fällen (2, 8, 14, 46, 55, 59, 64) fanden sich Infarkte. Ein Kind (Fall 2) wurde nicht lebensfähig

geboren, die anderen lebensfähig. In den Fällen 14, 55, 59, 64 war Albuminurie und Cylindriurie stark gewesen, in den Fällen 2 und 8 nur die Albuminurie. Über 3 Fälle fehlen Angaben.

Als eine schwere und häufige Begleiterscheinung wird von Winter und Fellner die vorzeitige Placentarlösung angegeben. Sie manifestiert sich durch äußere Blutungen vor der Geburt. Winter führt drei Fälle an, welche einen neuen Gesichtspunkt in die Ätiologie der vorzeitigen Placentarlösung hineinbringen. Die Hauptrolle sollen äußere Gewalten sein, auch psychische Emotionen werden nicht selten angeführt.

In unseren Fällen wurde eine vorzeitige Placentarlösung nicht beobachtet; Placentae marginatae wurden 3 mal notiert.

Was die Prognose für die Mutter betrifft, so ist sie eine günstige, wenn keine Komplikationen der Eklampsie, chronischer Nephritis und retinitis albuminurica vorhanden oder zu befürchten sind. Ist der örtliche Prozeß nicht zu weit vorgeschritten und töten die Folgenübel, die wir schon oben erwähnten, während oder kurz nach der Entbindung nicht, so stellt sich größtenteils vollständige Genesung in kurzer Frist ein, weil mit der Geburt die ursächlichen Momente, welche die Nierenaffektion ins Leben riefen, plötzlich beseitigt werden.

Ungünstiger ist die Prognose für die Kinder. Außer Infarkten und vorzeitiger Lösung der Placenta können das Leben der Kinder verschiedene Ursachen beeinträchtigen.

Feis meint, daß in vielen Fällen retinierte Harnstoffe auf den Fötus einwirken und stützt seine Theorie auf Experimente. Er hat Kaninchen Harnstoff injiziert und brachte dadurch regelmäßig die Föten zum Absterben.

Bartels glaubt den Fruchttod dem Umstande zuschreiben zu müssen, daß der Fötus aus dem hochgradig hydrämischen Blute der Mutter nicht mehr ernährt werden kann.

Ich gelange zum letzten Punkt meiner Arbeit, zur Therapie.

Drei Gesichtspunkte sind es, die auf die Behandlung der Nephritis gravidarum leitend einwirken:

1. Die Erscheinungen der Nierenaffektion überhaupt zu beseitigen.
2. Den Eintritt urämischer Erscheinungen zu verhüten.
3. Die subjektiven Beschwerden der Patientinnen, z. B. den Hydrops, zu bekämpfen.

Wir werden in jedem Falle erst mit einer diätetischen und medikamentösen Therapie versuchen. Diese ist im allgemeinen dieselbe, wie bei jeder anderen Nephritis. In erster Reihe ist möglichste Ruhe am Platze, blande Diät, warme Bäder mit anschließenden Einpackungen.

Eine Reihe von Autoren tritt für absolute Milchdiät ein.

Vallois empfiehlt, dieselbe auch bei leichtesten Formen der Schwangerschaftsniere bis zum Ende der Gravidität zu gebrauchen.

Jaccoud rät, um die Entstehung einer Schwangerschaftsniere zu verhindern, prophylaktisch alle Schwangeren täglich 1—2 Liter Milch täglich trinken zu lassen.

Der Diätzettel für Nierenkranke gestaltet sich nach von Strümpell folgendermaßen:

Diätzettel für Nierenkranke
(akute Form)

Früh: ½ Liter Milch, Zwieback, Kakes.

Frühstück: ½ Liter Milch oder Kakao, Zwieback, Kakes.

Mittag: Griessuppe, Mehlsuppe, Schleimsuppe mit Milch. 2 Eier (gekochte Taube, Huhn, etwas Kalbfleisch, leichte grüne Gemüse), Weißbrot.

Nachmittags: Milch oder Kakao.

Abends: Griessuppe, Mehlsuppe, Ei, Weißbrot mit etwas Butter. — Milch.

Getränke: Buttermilch, Zitronenlimonade, Kefir, schwacher Tee, Kaffee mit Milch.

Diätzettel für Nierenkranke
(chronische Form)

Früh: ½ Liter Milch (ev. mit Zusatz von etwas Kaffee oder Tee), Zwieback, Röstbrot, Buttersemmel.

Frühstück: 2 Eier, leichte Mehlsuppe, Milch, Kakao, Kefir, Buttermilch.

Mittag: Leichte Fleischbrühe (Kalbsbrühe, Hühnerbrühe). Mehlsuppe, Reis-Griessuppe, Sagosuppe (mit etwas Rotwein). Fleischspeisen, besonders aus weißem Fleisch (Kalb, Huhn), in

mäßiger Menge Rindfleisch, Filet, Hammelfleisch. Reichlich grüne Gemüse (Blumenkohl, Spinat, Spargel, gelbe Rüben, Rosenkohl, Kohlrabi, Teltower Rübchen, weiße Rüben, Wirsing), Kartoffeln, Reis, Gries, leichte Mehlspeisen, gekochtes Obst.

Getränke: Zitronenlimonade, Rotwein mit Biliner, Selters u. dgl., Apfelwein.

Nachmittags: ½—1 Liter Milch, Kakao, Buttermilch.

Abends: ½—1 Liter Milch, leichte Eierspeisen, Zunge, etwas kaltes Fleisch, Suppe, Milchreis, gekochtes Obst (Zwetschen).

Verboten: Alle stärker gewürzten Speisen, scharfe Gemüse (Rettich, Radieschen, Zwiebeln, Sellerie), Bier, schwere Weine, saure Saucen, Pasteten, Käse.

Zur Anregung der Diaphorese und Diurese liquor cali acetici, infusum Juniperi und Diuretin wird gegeben. Als Getränke dienen neben Wasser, Milch, Limonaden, Buttermilch, leichte kohlensaure Wasser, Gießhübler, St. Galmier, Fachinger, Selters, Wildungen etc. Bartels widerrät den Genuß von Tee und Kaffee, da sie eine reizende Wirkung auf die Nieren haben sollen. Die Ansicht von Bartels dürfte jetzt noch kaum vertreten sein, wo wir wissen, daß das Koffeïn bezw. Theobromin nach den Untersuchungen von O. Lewi eine aktive Hyperämie der Nieren erzeugen. Dagegen ist mit Rücksicht darauf, daß sie erregende Wirkung auf das Herz und Vasomotoren besitzen, Maß zu halten. Nach Porak und Bernheim sollen subcutane Kochsalzinjektionen bei Schwangerschaftsniere gute Dienste leisten und zwar

empfehlen sie mehrmals täglich 500—1000 g an den nates oder dem Abdomen zu injizieren.

Asch berichtet in der Breslauer Gynäkologischen Gesellschaft 1908 über einen Fall von universellen Oedemen, die geschwunden sind nach Verabreichung von 1,5 g Secacornin subcutan, dann 4 mal täglich 20 Tropfen per os. Secacornin wurde angewandt als Wehemittel, da durch die sehr großen Oedeme der Labien an ein manuelles Eingreifen nicht zu denken war und die früher angewandten Diuretica und Diät nicht genützt hatten. Secacornin hat keine Wehen erzeugt, jedoch sind nach dem 1. Tage die Oedeme verschwunden, der Eiweißgehalt von 20 auf 1½ ‰ gesunken.

Eine eingreifende Therapie des Geburtshelfers kommt erst dann in Frage, wenn alle Mittel versagen, wenn die Atmung dyspnoisch wird, wenn Augenstörungen auftreten, der Zustand sich verschlimmert, die Mutter leidet, und sich Zeichen der beginnenden Intoxication zeigen. Über die Frage, ob und wann die Schwangerschaft zu unterbrechen ist, herrschen verschiedene Anschauungen.

Fellner ist der Meinung, daß, wenn gefahrdrohende Erscheinungen auftreten, wie Kopfweh, starkes Nasenbluten, heftige Erscheinungen von seiten des Herzens oder Gleichbleiben der Eiweiß- oder Cylinderausscheidung, dann muß man zur künstlichen Frühgeburt schreiten.

Fischer sagt, daß, wenn die Nephritis in der ersten Hälfte der Schwangerschaft auftritt, soll man, um die Niere vor Verschlimmerung zu bewahren, unter allen Umständen den Abort einleiten.

Nach Munlieff soll man frühzeitig den Abort einleiten, einerseits mit Rücksicht auf die Gefahr der Mutter, andererseits daß die Entwicklung der Frucht geringe Aussicht hat.

Hofmeier ist der Ansicht, daß bei Erkennung einer Gefahr der Abort sofort eingeleitet werden soll.

Schauta sagt, nur beim Eintreten schwerer Symptome und dann nicht allzulange abwarten.

Studer, Fehling und Hahn sind der Ansicht, daß die Leyden'sche Schwangerschaftsniere stets die Tendenz zur Ausheilung hat und darum ist nur bei bedrohlichem Zustande der Mutter die Schwangerschaft zu unterbrechen.

Jarett verwirft das Abwarten und ist für sofortige Schwangerschaftsunterbrechung.

Ein Gegner der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei Nierenaffektion ist Kleinwächter. Er sagt: Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und namentlich die künstliche Frühgeburt mit den sie begleitenden Drucksteigerungen im großen Kreislaufe müssen einen akuten ungünstigen Einfluß auf das Nierenleiden ausüben und den Eintritt jener üblen Zufälle, die man befürchtet, beschleunigen.

Warum aus Furcht vor Eintritt eines möglichen üblen Zwischenfalles, der aber nicht unbedingt eintreten muß, Maßregeln getroffen werden sollen, die die Gefahr des Eintrittes sicher erhöhen und außerdem die bestehende Nierenerkrankung direkt verschlimmern, ist ihm nicht verständlich. Außerdem hält er die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung

an sich für eine schwere Komplikation des bestehenden Nierenleidens.

Was die Frühgeburt bei Komplikationen des Nierenleidens mit Retinitis albuminurica und Amaurose betrifft, so sind die meisten Autoren darüber einig, daß eine künstliche Frühgeburt angezeigt ist.

Gegner des Abortes beim Auftreten von Retinitis albuminurica in den letzten Wochen sind Randolph und Snell; sie halten die Komplikation nicht für so gefährlich und lassen sie nicht als Indication gelten.

Zum Schlusse komme ich der angenehmen Pflicht nach, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Otto Küstner, für die liebenswürdige Überlassung des klinischen Materials und Übernahme des Referates, sowie Herrn Professor Dr. Walther Hannes für die zu dieser Arbeit gegebene Anregung und Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten, Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kind lag
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchun	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
1	1893/94 266	Schmidt Bertha 20 J I. p. mäßiggroße kräftige Person	21 7. 93	Keine Krankheiten durchgemacht. Gleich nach dem geschlechtlichen Verkehr bemerkte die Pat. eitrigen Ausfluß, welchen sie nicht behandeln ließ. Seit Juli bemerkte sie Schwellung der Beine, des Schambogens und der Schamlippen	des ganzen Unterkörpers	22. 7.	7‰	Zahlreiche Leukocythen und Plattenepithelien, wenig Cylinder	Herpes nasolabialis	I. Sch
2	1893/94 461	Hentschel Ida 21 J. I. p.	4. 11. 93	Angaben fehlen	Starke Oedeme am ganzen Körper, Gesicht gedunsen	4. 11	viel	keine Cylinder, viel rote Blutkörperchen		I. Sch
3	1894/95 639	Kalus Hedwig 24 J. II p. mittelgroße Person	7 2 95	In der Kindheit gesund gewesen. I. p. spontan. Kind starb nach 3 Wochen. Auftreten der Oedeme im Oktober	universelle	18. 2.				I. Sch
4	1895/96 102	Ziegler Henriette 43 J. VIII. p. kleine Pers.	12 5. 95	In der Kindheit gesund gewesen. Kein Kind lebt. 2 mit 6 Mon. geb., 2 abgestorben vor d. Geburt, 4 kamen lebend zur Welt u. starben im Alter von 10 Tagen, 1 Woche, 7 und 9 Monaten, Lues negiert Bei jeder Schwangerschaft Oedeme vorhanden gewesen	starke Oedeme der Unterschenkel	12. 5.	Sp.			II. St.
5	1895/96	Entzel Bertha 30 J. III. p.	14. 5. 96	Will immer gesund gewesen sein, I. p. spontan. II. p. Episiotomie in Narcose, Mastitis.	an den Beinen und Händen	14. 5.				II. Sch
6	1895/96 396	Kaminski Martha 32 J. I. p. kräftige Person	2. 11. 95	Nie krank gewesen. Im Anfang der Schwangerschaft reichl. Erbrechen und Kopfschmerzen, die seit 8 Wochen immer zunehmen. Seit 4 Tagen heftige Durchfälle. Urinmenge sehr gering. Pat ent. ist sehr unruhig u. verläßt das Bett; sieht schlecht	Geringe Oedeme an oberen und unteren Extremitäten	5. 11.	14‰	nicht untersucht		keine Angabe

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	macceriert		Mutter	Kind	
30. 7.	17 St.	Spontan	VIII	nicht ausgetrag.	1520 g 43 cm	†			400 g 17 cm Durchmesser	Am 26. 7. 3‰ Alb. 31. 7. Oedeme treten stärk. hervor, starke Diarrhoeen, die mit Bismut. subnit. bekämpft werden. 3. 8. Eiweißgehalt gering 26. 8 ohn. Oedeme und Eiweiß entlassen	Starb am 7. August	
29. 11.	17 St.	Incision des Muttermund. und Zangenextraktion	VIII	nicht ausgetrag.	1270 g 49 cm	†			550 g 15 cm Durchmesser Rand infarkte	Vom 2. Tage an Temperaturabfall, vom 6. Tg. nach der Geburt Albumenabnahme. 17. 12 albumen- und oedemfrei entl.	3. 12. exitus letalis	
19. 2.	18 St.	Hohe Zang. Incision des Muttermundes	X	ausgetragen	3520 g 52 cm		†		Marginata	albumenfrei entlassen	†	Section Oedem der Hautdecken. Hydrothorax und Ascites
12. 2.	10 St.		VIII	nicht ausgetrag.	1940 g 43 cm		†			In den ersten 4 Tagen kreuzt sich die Puls- u. Temperaturkurve. Albumenfrei entlassen	†	
25. 6.			X	ausgetragen	3500 g 50 cm		†			fehlt	†	
6 11.	9 St.	Künstliche Entbindung mit dem Kolpeurynter	VII	nicht ausgetrag.	970 g 38 cm			†	200 g	6. 11. 8‰ 9. 11. 2‰ 10. 11. 7‰ 11. 11. 4‰ weitere Angab. u. Entlassungsbefund nicht notiert	†	

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
7	1896 636	Paesler Anna 22 J. I p.	24. 3. 96	Anamnese fehlt					Retinitis albuminurica	
8	1897/98 1	Bade Olga 25 J. I p. schwächliche Person	25. 3. 97	In der Kindheit Diphterie; seit März geschwollene Beine	Leichte Oedeme	26. 3.	7 ‰	nicht untersucht		keine Angaben
9	1897/98 149	Seidel Anna 23 J. I p.	21. 6. 97	Will bis vor fünf Wochen stets gesund gewesen sein. Damals bekam sie starke Blutung aus den Genitalien, die durch Eisumschläge gestillt worden war. Bald darauf Oedeme am ganzen Körper, die sich bis auf die Beine zurückgebildet haben	an den unteren Extremitäten	22. 6.	6 ‰	reichlich Cylinder		nicht ausgetragen
10	1897/98 258	Beutner Emma 20 J. I. p. mittelgroße schwächliche Person	25. 8.	Sonst gesund gewesen. 20. 6. stellte sich Jucken der Vulva und maculöses Exanthem ein. Halsdrüsen stark geschwollen (polysscleradenitis). Genitalien und untere Extremitäten stark oedematös	Starke Oedeme an den Genitalien und unteren Extremitäten	30. 8.	Spuren	nicht untersucht	Lues II.	I. Sch.
11	1897/98 506	Vetter Marie 34 J. I. p.		Anamnese fehlt			12 ‰	zahlreiche hyaline Cylinder		I. Sch.
12	1898/99 491	Kiefer Helene 30 J. III. p.		Erste zwei Geburten spontan, dritte Fehlgeburt. Seit Mitte d. Schwangerschaft Amaurose, Oedeme, starke Kopfschmerzen. — Keine Retinitisalbuminurica	Starke Oedeme an den Beinen	27. 12.	10 ‰		Amaurose	I. Qu.
13	1898/99 492	Jungierek Agnes 32 J. VII. p. mittelgroße Person	27. 12. 98	In der Kindheit Masern und Typhus. Von 6 Geburten verliefen 4 spontan, 2 Kinder leben	Oedeme d. großen Labien	27. 12.				I. Sch.

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
		Kolpeurynther. Extraktion	VIII	nicht ausgetragen	1815 g 45 cm					Entlassen den 10. 5. 96. Wegen Retinitis albuminurica in die Augenklinik überwiesen	Angaben fehlen	Krankengeschichte fehlt
1. 4.	keine Angaben	Spontan	IX	nicht ausgetragen	1700 g 44 cm	†			460 g invertiert, viele	30. 3. 7 ‰ 5. 4. 2 ‰ 12. 4. 1 ‰ 29. 4. Albumenfrei	Angaben fehlen	
23. 6.	2 St.	Spontan	VIII	nicht ausgetragen	1100 g 38 cm		†		infarkte vollständig	Mutter erholt sich gut und verläßt die Klinik am 18. 7. 97	tot geboren	
31. 8.	19 St.	Spontan	VIII	nicht ausgetragen	2270 g 46 cm	†			720 g vollständig invertiert	Mutter erholt sich gut und verläßt am 8. 9. 97 die Klinik	keine Angaben vorhanden	Therapie: Jodkali Milchdiät
		Spontan			2420 g		†		Spontan	Nach der Geburt 10/00 Eiweiß. Mit Eiweiß entlassen gegen ärztlichen Rat	†	Krankengeschichte fehlt
										28. 29. 12. 10‰ 29. 30. 19. 8‰ 30. 31. 12. 7‰ 5. 1. 4‰ 9. 1. 6‰		Trotz des Abratens der Aerzte Klinik verlassen
28. 12.	20 St.		X	ausgetragen	2970 g 50 cm	†			750 g 2 Cysten	fieberhaft	starb 7 Tage nach der Geburt	Section: Viele Ekchymosen Injektion der Darmgefäße. Vergrößerte schlaffe Milz

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin, Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
14	1899/00 55	Mitskarek Thekla 29 J. I. p.	20. 3.	Früher ist Patientin wiederholt nervenkrank gewesen. Seit 14 Tagen klagt Patientin über geschwollene Beine u. Gesicht, Schmerzen im Rücken und Beklemmungen in der Brust. Vom 3. 4. bis 8. 4. in die Medizinische Klinik verlegt	Starke Oedeme an den Beinen und im Gesicht	20. 3.	14 ‰	Nierenepithelien u. Cylinder	Mitralinsuffizienz u Aortenstenose	II. Sch.
15	1899 61	Breuer Anna 26 J. IV. p.	7. 4.	Drei Geburten normal. Die vierte Abort im dritten Monat. Seit vier Tagen Schmerzen im Kreuz. Blutiger Urin	nicht vorhanden	7. 4.	viel	zahlreiche Leucocyten u. Cylinder	Pyelonephritis	
16	1899/00 69	Scholz Agnes II. p.		Anamnese fehlt					Retinitis albuminurica, Phtisis pulmonum	
17	1899/00 73	Peukert Emilie 18 J. I. p.	6. 6. 99	Will stets gesund gewesen sein. Seit Mitte März Oedeme	universelle	6. 6.	12 ‰	hyaline u. granulierte Cylinder		I. Sch.
18	1900 112	Hofmeister Karoline 20 J. I. p. große, sehr starke Person	17. 2. 00	Außer leichten Halsentzündungen will Patientin nie krank gewesen sein. Seit einigen Wochen bemerkt sie Anschwellung der Extremitäten und der Genitalien	Sehr starke Oedeme am Bauch, Genitalien u. unteren Extremitäten	29. 5.	12 ‰			i. Sch.
19	1899/00 491	Kiefer Helene 30 J. III. p.		Anamnese fehlt			10 ‰		Amaurose	

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
8. 4.	10 St.	Spontan	IX	nicht ausgetragen	1760 g 46 cm	┼			15×12 Auf der mütterlichen Seite Infarkte	23. 3. 4 ‰ 24. 3. 25. 3 2 ‰ 26. 3. 14 ‰ 27. 3. 7 ‰ 28. 3. 5½ ‰ 29. 3. 8 ‰ 30. 3. 7 ‰ 31. 3. 1. 4. 6 ‰ Post. partus ½ promill nicht übersteigend. Entlassen den 4. 4. mit wenig Leukocythen u. Albumen	wird mit Ammenmilch ernährt, erholt sich gut	
										Bis zum 20. 4. sind Albumen wie Cylinder ganz zurückgegangen		Nicht geboren
		Hystereuryse								In die Augenklinik zurückverlegt		Abortart. Krankengeschichte fehlt
7. 6.	12 St		VIII	nicht ausgetragen	1350 g 34 cm		†		640 g	3 Tage nach der Geburt Fieber bis zu 38°. Albumenfrei entlassen	†	
6. 6.	7 St.	Spontan	X	ausgetragen	2500 g 51 cm	┼			820 g invertiert	Bei der Entlassung den 2. 7. noch ⅓ ‰ Eiweiß	Erholt sich gut	Krankengeschichte fehlt
			VI							Amaurose schwand am anderen Tag durch Schwitzkuren. Entlassen mit 4 ‰ Eiweiß gegen ärztlichen Rat		Nicht entbunden

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
20	1900/01 511	Pohl, Marie 25 J. II. p.	29. 1. 01	Nie krank gewesen. Erster Partus spontan. Seit September geschwollene untere Extremitäten und Bauch	des Bauches und unteren Extremitäten	29. 1.	6‰	Zahlreiche Cylinder	Mitralinsuffizienz	Unterendlage
21	1900/01 595	Meier Emma 19 J. I. p. mittelgroß gut genährt	15. 1.	Als Kind Masern, Scharlach, Diphterie. Schwangerschaftsbeschwerden: Erbrechen und Magenschmerzen	keine	15. 1.	½%			I. Sch.
22	1901/02 59	Josialkowski Marie 23 J. große starke Person	1. 5.	Scharlach, Typhus durchgemacht. Heftige Kopfschmerzen, Herzklopfen seit 2 Jahren. Seit 4 Tagen Unterschenkel geschwollen	starke Oedeme der Unterschenkel	1. 5.	viel	verfettete Epithelien	Mitralinsuffizienz	II Sch.
23	1901/02 102	Winter Margarete 21 J I. p. kleine untersetzte Person	6. 5. 01	Als Kind gesund gewesen. Seit zwei Monaten Kopfschm. Herzklopfen, Flimmern vor den Augen	an unteren Extremitäten gedunsenes Gesicht	22. 5.	4‰			I. Sch.
24	1901/02 212	Praedel Marie 22 J. I. p. mittelgroße kräftige Person	22. 7. 01	War nie ernstlich krank gewesen. Seit 4 Wochen Oedeme	Starke Oedeme der unt. Extremitäten	22. 7.	1‰			I. Sch.
25	1901/02 247	Nitsche Bertha 20 J. I. p. mittelgroße Person	18. 5. 01	War nie ernst krank gewesen. Keine Schwangerschaftsbeschwerden	keine	7. 8.	1‰			I. Sch.
26	1901/02	Heide, Anna 22 J. I. p. mittelgroße kräftige Person	1. 8. 01	War nie krank gewesen	an beiden Unterschenkeln	10. 8.	viel			II. Sch.

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
30. 1.		Spontan	VII	nicht ausgetragen	1240 g 36 cm	+			1700 g	Während der Geburt stark geblutet. Entlassen den 20. 2. albumenfrei	Nach 10 Stunden exitus letalis	
13. 3.	26 St.	Spontan	X	ausgetragen	3050 g 48 cm	+			650 g 21 × 17	Wochenbett fieber- und albumenfrei. Am Introitus vaginae links pfennigstückgroßes granulierendes Geschwür	Erholt sich gut. In der Leistenbeuge links eine Anschwellung, bedingt durch den im Leistenkanal liegenden Hoden	
1. 5.	12 St.	Blasensprengung	VIII	nicht ausgetragen	1470 g 41 cm	+			520 g 13 × 16	2 Tage nach dem Partus gehen die Oedeme und Albumen zurück	5. 7. Exitus letalis	
24. 5.	18 St.	Spontan	X	ausgetragen	3000 g 52 cm	+			960 g 17 × 24	9. 7. eiweißfrei entlassen	Erholt sich gut	23. 5. venesectio in der med. Klinik 2,65‰ Fibrin
23. 7.	10 St.	Spontan	X	ausgetragen	3000 g 52 cm	+			800 g invertiert	Während des Geburtsverlaufes Herztöne schwach, daher die Nabelschnur durchschnitten. Verläßt am 1. 8. albumenfrei die Klinik.	Erholt sich gut	
8. 8.	16 St.	Spontan	X	ausgetragen	3020 g 52 cm	+			720 g 18 × 22	Wochenbett ohne Befund. 17. 8. albumenfrei entlassen	Erholt sich gut	
11. 8.	20 St.	Spontan	X	ausgetragen	3270 g 50 cm	+			580 g vollständig invertiert	Wochenbett ohne Besonderheiten	Erholt sich gut	

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kind lage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
27	1901/02 265	Trauff Pauline 29 J. III. p.	31. 7. 01	War nie krank gewesen. Ersten zwei Geburten spontan. Seit 2 Wochen Albumen im Urin	keine	17. 8.	1 %			I. Sch.
28	1901/02 359	Spallek Paula 24 J. I. p. mittelgroße kräftige Person	1. 10. 01	Patientin will häufig krank gewesen sein. Seit 2 Monaten hat sie geschwollene Beine; das Gesicht war vorübergehend geschwollen.	Starke Oedeme der Beine und des Gesichts	8. 10.	viel			I. Sch.
29	1902/03 147	Hirsch Selma 43 J. I. p. große, kräftige Person	19. 6. 02	Als Kind nie krank gewesen, als Mädchen sehr bleichsüchtig	keine	23. 6.	viel			II. Sch.
30 vgl. Fall 17	1902/03 249	Hoffmeister Caroline 22 J. II. p. große, sehr starke Person	21. 6.	Vom 17. 2. bis 2. 7. war die Patientin als Hausschwangere in der Klinik, wo sie entbunden war von einem lebenden Kinde und entlassen mit 1/2 % Albumen. Während der 2 Jahre nicht krank gewesen	An den Unterschenkeln	20. 8.	viel	Cylinder und Epithelien in mäßiger Menge	Nephritis chronica	I. Sch.
31	1902/03 359	Jander Clara 19 J. I. p. mittelgroße kräftige Person	30. 9.	Immer gesund gewesen keinerlei Schwangerschaftsbeschwerden	Starke Oedeme an den Unterschenkeln	4. 10. 5. 10. 6. 10.	8 % 6 % 12 %	Zahlreiche Nierenepithelien, hyaline und granulierte Cylinder		I. Sch.
32	1902/03 387	Grüttner Martha III. p. 29 J. mittelgroße Person	9. 10.	Ersten 2 Geburten mußten mit der Zange vollendet werden. Nach der 2. Geburt Nierenentzündung	keine	11. 10.	Spuren			I. Sch.
33	1902/03 444	Wähle Emma 21 J. I. p. mittelgroß	15. 10.	In der Kindheit gesund; spät laufen gelernt. Während der Gravidität übelriechender Ausfluß. Poliklinisch behandelt	keine	14. 11.	1/2 %	keine Cylind., viel Nierenepithelien.	Enges Becken mäßigen Grades	II. tief. Querstand

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
18. 8.		Spontan	X	ausgetragen	4300 g 56 cm	+			680 g 22×19 vollständig invertiert	Nach dem Partus stieg der Albumengehalt bis auf 4‰, welcher nach 3 Wochen auf 1‰ gefallen ist, mit welchem sie entlassen wurde	Erholt sich gut	
9. 10.	15 St.	Spontan	X	ausgetragen	3600 g 52 cm	+			630 g 16×20 invertiert	Nach dem Partus ist der Albumengehalt 2‰ gewesen. Entlassen den 19. 10. albumenfrei	Erholt sich gut	
24. 6.		Spontan	X	ausgetragen	2230 g 47 cm	+				Mit 1‰ Albumen den 7. 7. entlassen.	Erholt sich gut	
19. 8.	17 St.	Spontan	X	ausgetragen	2970 g 49 cm	+			vollständig	wird mit ½‰ Albumen den 28. 8. entlassen	Erholt sich gut	
6. 10.	11 St.	Spontan	X	ausgetragen	3120 g 50 cm	+			670 g 17×18 invertiert	Entlassungsbefund nicht eingetragen	Kurve fehlt	
12. 10.	4 St.	Sprengung der Blase	X	ausgetragen	3780 g 53 cm	+			vollständig	Eiweißfrei entlassen	Erholt sich gut	
18. 11	19 St.	Forceps	X	ausgetragen	2970 g 49 cm	+			16×17	† 18. 11. exitus letalis	Angaben fehlen	Die Autopsie 19. 11. 02 ergibt: starke Anämie sämtl. Organe, besonders der Nieren, so daß die klinisch festgestellte Nephritis makroskopisch nicht ohne weiteres bestätigt werden konnte

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
34	1903/04 341	Rieger Anna 22 J. II p. mittelgroße Person	7. 9.	Als Kind gesund gewesen Erster Partus einhergeg. mit Eklampsie, keine Schwangerschaftsbeschwerden	keine	7. 9.	Spuren	wenig hyaline und granulierte Cylinder		I. Sch.
35	1903/04 510	George, Ida I. p.	10. 12. 03	Anamnese fehlt					Mitralinsuffizienz	
36	1903/04 638	Schirdewan Pauline 24 J. I. p. mittelgroß, graciler Körperbau	12. 2. 04	In der Kindheit gesund gewesen. Ende Januar geschwollenes Gesicht, Rückenschmerzen und Atemnot	der großen Labien und unteren Extremitäten	14. 2.	10 ‰	hyaline und granulierte Cylinder, Epithelien	Herzdilatation	II. Sch.
37	1904/05 49	Duczek Agnes 22 J. I. p. mittelgroße kräftige Person	1. 3.	Keine Angaben	keine	11. 4.	Spuren		freies Blut im Urin. Nephritis haemorrhagica	I. Sch.
38	1904/05 640	Mühl, Berta 20 J. I. p.	23. 1. 05	Will immer gesund gewesen sein	keine	28. 1.	3 ‰			I. Sch.
39	1904/05 697	Preiess Marie 23 J. I. p. mittelgroß kräftiger Knochenbau	8. 10. 04	Mit 16 Jahr. Lungenkatarrh; 14 Tage starkes Erbrechen	keine	28. 1.	3½ ‰			II. Sch.
40	1905/06 222	Boehm Berta 29 J. IV. p.	5. 7. 05	Als Kind Halskrankheiten, Masern, Diphterie. Ersten 2 Entbindungen spontan; bei der 3. Entbindung sehr viel Blut abgegang. Jetzt sehr viel Erbrechen. 18. 7. unentbunden entlassen.	keine	12. 7.	1½ ‰	wenige Cylinder, viel Bacterien, Strepto- u. Staphylococcen		
				30. 8. wieder aufgenommen. sehr große Schmerzen im Leib.	keine	31. 8.	Spuren	viel Leucocyten, keine Cylinder		I. Schiefl.
41	1905/06 273	Marschallek Ernestine 21 J. 1. p. mittelgroße Person	4. 5. 05	In der Kindheit Diphterie. Vor 2 Jahr. wegen Nierenentzündung in der Medizin. Klinik gewes. Keine Schwangerschaftsbeschwerden	keine	30. 7.	1 ‰			I. Sch.

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
10. 10.	23 St.		X	ausgetragen	3130 g 49cm	+			820 g 20×21	Seit dem Partus weder Albumen noch Cylinder aufgetreten.	Erholt sich gut	
			VII							Auf eigenen Wunsch den 15. 12. entlassen		Krankengeschichte fehlt
15. 2.	4 St.	Perforation, künstliche Blasensprengung	IX	nicht ausgetragen	1675 g sine cerebro et sanguine 45 cm		†		525 g 18×15 vollständig invertiert	Wegen Pleuritis exudativa den 20. 2 in die Medizinische Klinik verlegt	†	
12 4.	8 St.	Spontan	X	ausgetragen	3010 g 49 cm	+			730 g 17×17	27. 4. gesund entlassen	Erholt sich gut	
29. 1	12 St.	Spontan	VIII	nicht ausgetragen	2120 g 41 cm	+			vollständig	8. 2. albumenfrei entlassen	Erholt sich gut	
18 2.	20 St.	Spontan	X	ausgetragen	3050 g 50 cm	+			650 g 16×18	Albumenfrei entlassen den 28. 2. 05	Erholt sich gut	unentbund. entlassen
1 9.	14 St.	Hystereuryse. Wendung. Veit-Smellie. Extraktion	IX	nicht ausgetragen	1860 g 44 cm	+			500 g 16×18 Placnt. praevia lateralis	Nach der Geburt war im Urin viel Eiweiß, in großer Menge granulierte Cylinder und zahlreiche Leucocythen 10. 9. gesund entlass.	Angaben fehlen	
31. 7.	14 St		X	ausgetragen	2350 g 47 cm	+			700 g 19×17	Eiweißfrei entlassen	Entwickelt sich gut	

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
42	1905/06 330	Zender Auguste 33 J. V. p.	24. 8. 05.	Keine Kinderkrankheiten. Frühere Geburten spontan. Wochenbett ohne Beschwerden. In der jetzigen Schwangerschaft Blut im Stuhl. Harndrang. Stechen in der rechten Nierengegend	keine	27. 8.	$^3/_4$ ‰	viel granulierte und weniger hyaline Cylinder, reichlich Leucocythen		I. Sch.
43	1905/06 364	Ohainski Pauline 22 J. I. p.	10. 9.	Als Kind Diphterie und Lungenentzündung durchgemacht. In der ersten Zeit sehr viel Erbrechen	Starke Oedeme an den Beinen	10. 9.	6 ‰	Hyaline Cylinder		II. Sch.
44	1905/06 560	Giersdorf Luise I. p.	10. 12.	Als Kind gesund gewesen. Seit vier Wochen geschwoll. Beine u. geschwollenes Gesicht	Starke Oedeme an den Beinen und Gesicht	19. 12.	Spuren			I. Sch.
45	1905/06 582	Bartsch Franziska 30 J. III p. mittelgroße Person	28. 12.	Außer Masern will die Patientin immer gesund gewesen sein. Die ersten Geburten verliefen normal. Seit 14 Tagen hat sie geschwoll. Beine und Gesicht. Seit 8 Tag Schüttelfrost. 12. 1 der Medizinischen Klinik überwiesen, von wo sie den 3. 2. 06 zurückverl. wird	Starke Oedeme an den Beinen und Gesicht	28. 12.	viel	Reichlich granulierte Cylinder. Platten und Cylinderepithelien. Rote und weiße Blutkörperchen		
46	1905/06 604	Raupauch Alwine 23 J. I p.	19. 10. 05.	Kreißende hat als Kind Masern und Scharlach und im 12. Jahre Nierenentzündung durchgemacht. Seit Nov. Schwellung der Beine	an den Beinen	7. 1.	1½ ‰			
47	1905/06 628	Frenzel Pauline 27 J. VI p.	18. 9. 05	Früher immer gesund gewesen 5 spontane Geburten; die 3. eine Frühgeburt im 6. Monat. 8 Wochen vor der letzten Geburt schwollen die Beine, das Gesicht u. der Rücken an Dann verschwand die Geschwulst. Seit Anfang der Schwangerschaft schwollen die Beine wieder an	Oedeme der Beine, des Rückens und Gesichts	19. 9.	12 ‰	zahlreiche hyaline und granulierte Cylinder. Plattenepithelien.	enges Becken	I. Sch.

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
24. 8.	3 St.		X	ausgetragen	2700 g 46 cm	+			630 g 16 × 18	Albumen wie pathol. Sediment verschwunden. Schmerzen in der Nierengegend nicht mehr vorhanden. 7. 9. entlassen	Entwickelt sich gut	
11. 9.	12 St.		X	ausgetragen	2050 g 46 cm	+			480 g vollständig invertiert	Eiweißgehalt bis auf $^1/_2{}^0/_{00}$ zurückgegangen. Den 29. 9. wird sie in die Poliklinik der Medic. Klinik zur Behandlung entlassen	Entwickelt sich gut	
20. 12.	26 St.	Muttermundsincisionen Forceps										
5. 3.	16. St		X	ausgetragen	2410 g 48 cm	+			keine Angaben	Aus der Mediz. Klinik zurückverlegt, mit $2^0{}_{00}$ Eiweiß; dasselbe ist bis auf Spuren zurückgegangen. Pat. den 18. 3. 06 entlassen	Angaben fehlen	
8. 1.	12. St.	Spontan	X	ausgetragen	2330 g 47 cm	+			5 weiße Infarkte	Albumenfrei entlassen	Erholt sich gut	
												nicht entbunden

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kind lage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
48	1906/07 304	Kalkbrenner Anna 19 J. I. p.		Anamnese fehlt						Steil
49	1906/07 357	Gärtner Auguste 35 J. I. p. kräftige Person	17. 8. 06	In der Kindheit gesund gewesen. Vor 3 Wochen Schwellung der Beine, des Bauches und der Genitalien	der Beine, des Bauches und der Genitalien	17. 8.	1 1/4 0/00	zahlreiche granulierte Cylinder	Gemini	I., li Hinte haup
50	1906/07 429	Tinter Gertrud 28 J II. p. mittelgroße, kräftige Person	15. 10. 06	Als Kind Scharlach durchgemacht. Erste Geburt spontan, Wochenbett normal. Seit einigen Monaten geschwollene Beine.	an den Beinen	25. 8.	8 0/00	zahlreiche Epithelien, Leukocythen und Erythrocythen. Ve einzelte Cylinder		I. Sch
51	1906/07 439	Güldner Elisabeth 21 J. I. p. mittelgroß	31. 6.	Als Kind Scharlach u. Diphterie. Keine Schwangerschaftsbeschwerden	keine	30. 9.	1 0/00	mäßig granulierte und hyaline Cylinder		II. Sch
52	1907/08 459	Schmell Ida 33 J. III. p. mittelgroß und kräftig	17. 10. 07	Früher Gelenkrheumatismus; keine Schwangerschaftsbeschwerden. Am 13. 10. 07 abends bekam Patientin ziehende Schmerzen in der linken Seite	Starke Oedeme am linken Knöchel und an den großen Labien	17. 10.	Spuren	Leukocythen und rote Blutkörperchen		II. Sch
53	1907/08 616	Vogel Bertha 21 J. I. p. mittelgroß im guten Ernährungszustande	3. 12. 07	Mit 12 Jahren Affektion der linken Lungenspitze, keine Schwangerschaftsbeschwerden	an den Unterschenkeln starke Oedeme	3. 12.			Pyelonephritis dextra	I. Sch
54	1907/08 676	Rasetzki Anna 30 J. I. p. mittelgroße Frau im guten Ernährungszustande	30. 12. 07	In der Kindheit Masern. Schwangerschaftsbeschwerden: In den ersten zwei Monaten Erbrechen	Starke Oedeme der Unterschenkel und der Labien	30. 12.	20 0/00			I. H

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
												Krankengeschichte fehlt
19. 8.	24 St.	Forceps, Wendung, Extraktion und Armlösung. Veit-Smelli Aethernarkose	X	ausgetragen	I. 1950 g 44 cm II. 2420 g 47 cm	+ +			vollständig	Oedeme zurückgegangen. Eiweiß 1/4 0/00. Den 1. 9. entlassen	I. Exitus den 22. 8. II. gedeiht gut	Obduktionsbefund: Starkes Oedem beider Schamlippen. Freier seröser Erguß im Abdomen u. in beiden Pleurahöhlen. Organe o. B.
26. 9.	15 St.	Spontan	X	ausgetragen	2980 g 51 cm	+			940 g 18 × 15	In den ersten Tagen nach der Geburt 6 0/00, 6. 10. entlassen mit der Weisung, sich in eine interne Behandlung zu begeben	gedeiht gut	
30. 9.	5 St.	Spontan	X	ausgetragen	3910 g 54 cm	+			19 × 14	Entlassen den 10. 10. 06 mit vereinzelten Cylindern und Epithelien	gedeiht gut	
19. 10.	4 St.	Blasensprengung. Expressio placentae	X	ausgetragen	3055 g 47 cm	+			vollständig 17 × 19	Leicht fieberhaft. 28. 10. albumenfrei entlassen	Entwickelt sich gut	Therapie: vor der Geburt Urotropin 3 × 1,0 Fachinger Brustpriesnitz in der Geburt. Milchdiät
3. 12.		Spontan	X	ausgetragen	3940 g 54 cm	+			780 g 20 × 17	27. 12. sehr trüber Urin; Cystitis. 28. 12. Urin klar	Entwickelt sich gut	
31. 12.	8 St.	Spontan	X	ausgetragen	2840 g 50 cm	+			600 g 17 × 18	2. 1. 4 0/00 3. 1. leichte Bronchitis 6. 1. 1/2 0/00 14. 1. albumenfrei	Entwickelt sich gut	Therapie: Diuretin Eisblase Milchdiät Phenacetin

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
55	1907/08 719	Vogt, Anna 35 J. VI. p. große, kräftig gebaute Person	24. 1. 08	Nie krank gewesen. Frühere Geburten spontan. Keinerlei Schwangerschaftsbeschwerden. 12. 1. akut erkrankt mit Atembeschwerden u. Anschwellung der Unterschenkel	An beiden Unterschenkeln mäßige Oedeme	24. 1.	12 ‰	reichlich Cylinder und Leukocythen	Herzhypertrophie u. chron. Nephritis	II. Sch
56	1907/08 771	Zeiske, Anna 25 J. I. p. mittelgroß, gut ernährt	16. 2. 08	Als Kind Masern. Im Anfang der Schwangerschaft bemerkte sie beim Maschinennähen Anschwellung der Unterschenkel. Am Ende der Schwangerschaft hat sie Kopfschmerzen u. häufigen Harndrang gehabt. Müdigkeit	Sehr starkes Oedem über den ganzen Körper ausgebreitet. Gesicht gedunsen	16. 2.	1 ‰	keine Cylinder, viel rote Blutkörperchen, wenig Leukocythen	Pyelonephritis puerperalis	I. Sch
57	1907/08 875	Marschallek Emilie 23 J. II. p. mittelgroß, gut ernährt	13. 3. 08	Mit 5 Jahren Masern. Erste Entbindung, normal. Seit letzter Zeit Urindrang. Uebelsein	keine	13. 3.	3/4 ‰	reichlich Leukocythen Cylinder		I. Sch
58	1907/08 304	Kalkbrenner Anna 19 J. I. p. mittelgroß, gute Ernährung	1. 7. 07	Mäßige Chlorose. In der Schwangerschaft keine Beschwerden	Leichte Oedeme der Beine	13. 7.	1 1/4 ‰			I. Sch.
59	1908/09 138	von Thauer Vally I. p.	11. 5. 08	In der Kindheit Masern. Sonst angebl. gesund gewesen. Keine Schwangerschaftsbeschwerden.	Starke Oedeme an den Unterschenkeln und Bauchdecken	19. 5.	viel	viel granulierte u. hyaline Cylinder	Vitium cordis. Atonia uteri	I. doppe Fußlage II. Sch.
60	1908/09 421	Grunert Marie 21 J. II. p. mittelgroße Frau	16. 9. 08	Als Kind Masern. Erste Schwangerschaft normal. In der jetzigen gegen 3 Monate Oedeme beider Beine; keine Schwangerschaftsbeschwerden	Starke Oedeme der Beine	16. 9.	Spuren			I. Sch.

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
25. 1.	3 St.	Zur Beschleunigung der Geburt Hystereurynther	IX	nicht ausgetragen	1990 g 47 cm	+			410 g 13×16 2 Infarkte	26. 1. 10‰ Cyanose Dyspnoe 27. 1. 8‰ 31. 1. 1½‰ 7. 2. 1,8‰	entwickelt sich gut	Therapie: Digitalis, Strophant. Diuretin, Opium, Kampher Vor der Geburt Sauerstoff,
16. 2.	19 St.	Spontan	X	ausgetragen	3850 g 53 cm	+			600 g 19×16	23. 2. Puls gespannt. Allgemeinbefinden gut. 27. 2. viel Leukocythen mit Epithelien. 1. 3. Urin frei	entwickelt sich gut	Therapie: Milchdiät, Eisblase
30. 3.	3 St.	Spontan	X	ausgetragen	3560 g 53 cm	+			720 g 22×18 Insertio Marginalis	Nach der Geburt starke Oedeme 31. 3. 2‰ 2. 4. ¾‰ 7. 4. in poliklinische Behandlung zurückgegeben	entwickelt sich gut	
13. 7.	3½ St.	Spontan	IX	nicht ausgetragen	2200 g 47 cm	+			Insertio Marginalis	14. 7. 1¼‰ 18. 7. Spuren v. Album. 21. 7. Temperatursteigerung durch Mastitis dextra	Entwickelt sich gut	
20. 5	18 St.	In leichter Chloroformnarkose. Wendung, Extraktion	X X	ausgetragen	2370 g 48,5 cm 2250 g 46 cm	+ +			13×13 19×14 zwei gesonderte mit zahlreich. Infarkten	22. 5. keine Beschwerden. 27. 5. Alb. ⅓‰ 30. 5. albumenfr. 5. 6. gesund entlassen	Entwickelt sich gut	Therapie: Eisblase, Digitalis Veit-Smelli
16. 9.	16 St.		X	ausgetragen	3540 g 52 cm	+			560 g 15×19	17. 9. u. 18. 9. gefiebert 28. 9. frei von Albumen und Oedemen entl.	Entwickelt sich gut	Milchdiät

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten, Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin, Nephritis etc.					Kinds-lage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
61	1908/9 661	Thnus Berta 31 J. II. p. kleine abgemagerte Person. Starke Kyphoskoliose	12. 1. 09	Keine Kinderkrankheiten. Erste Schwangerschaft spontan. Während der Schwangerschaft angeblich keine Beschwerden	an beiden Unterschenkeln	12. 1.	Spuren	Zahlreiche Leukocythen hyaline und granulierte Cylinder und Epithelien	Vitium cordis incompens. Kyphoskoliose	
62	1908/9 881	Hintze Anna 20 J. I. p.	17. 2. 09	Als Kind Lupus an den Fingern; früher Nierenleiden	keine	17. 2. 09	Spuren	reichlich Leukocythen Erythrocythen und Cylinder	Cystitis	II. Sch.
63	1909/10 100	Nowak Elisabeth 29 J. I. p. mittelgroße Frau	8. 5. 09	Nie krank gewesen. In der Schwangerschaft keine Beschwerden	starke Oedeme an den Beinen	8. 5.	8‰	massenhaft hyaline und granulierte Cylinder	Gemini	I. Sch. II. Fall
64	1909/10 301	Ulfig, Amalie 20 J. I p. große Person mit starkem Fettpolster	17. 6. 09	Nie ernstlich krank gewesen. Zu Beginn der Schwangerschaft Uebelsein u. Erbrechen	keine	28. 7.	viel	wenige Cylinder		I. Sch.
65	1909/10 336	Thiel, Anna 22 J. I. p. große und kräftige Person	9. 8. 09	Nie ernstlich krank gewesen. Keine Schwangerschaftsbeschwerden.	Starke Oedeme an den Beinen	9. 8.	reichlich			I Sch.
66	1909/10 466	Weinert Elisabeth 28 J. III. p. mittelgroße Person	10. 9. 09	Will stets gesund gewesen sein. Beide Partus spontan. Kinder leben	keine	11. 9.	1/10‰	spärliche granulierte Cylinder		keine Angaben
67	1909/10 527	Dickmann Anna 33 J VII. p. kleine, mäßig ernährte Person	12. 10.	In der Kindheit Masern. 1 bis 5 Spontangeburten. 6. Abort im 2. Monat. 7. Frühgeburt im 7. Monat. Während jeder Schwangerschaft geschwollene Beine. Jetzt besonders stark	Sehr starke Oedeme des ganzen Körpers. Gesicht gedunsen	12. 10.	20‰	reichlich Cylinder u. Epithelien. Blutkörperchen	Chronische Nephritis	

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
13. 1.												unentbunden gestorben Sektionsprotokoll: Dilatatio cordis mit Myodegeneratio Schwangerschaftsnephritis Leber verfettet
17. 2.			X	ausgetragen	2980 g 48 cm	+			610 g 16×19	19. 2. Albumen und Fieber bis zum 6. Tage	entwickelt sich gut	Therapie: Milchdiät
8. 5.	20 St.	I. Armlösung Veit-Smelli II. do.	X	ausgetragen	2220 g 49 cm 2360 g 48 cm	+ +			420 g 13×17 430 g 14×15	15. 5. 2‰ 18. 5. Entlassen frei von Albumen	entwickeln sich gut	Milchdiät
29. 7.	16 St.	Spontan	X	ausgetragen	2950 g 50 cm	+			zahlreiche Infarkte	Wochenbett afebril. Entlassungsbefund $^3/_4$ ‰ Albumen	entwickelt sich gut	Entlassen auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat
10. 8.	12 St.	Spontan	IX	nicht ausgetragen	2200 g 47 cm	+			530 g	In den ersten 5 Tagen Albuminurie	11. 8. exitus letalis	
												Nicht geboren Mit 0,5 ‰ Eiweiß entlassen
										Zur Behandlung geschickt wegen chron. Nephritis. Am 28. 10. 3‰ Albumen. Die Oedeme zurückgegangen. Für Ende November wiederbestellt		Nicht entbunden Therapie: Bettruhe, Milchdiät, Schwitzen, Natr. bicarb.

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin, Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
68	1910 785	Schäfer Johanna 22 J. I. p. große kräftige Frau	13. 1.	Nie krank gewesen. Keine Schwangerschaftsbeschwerden	keine	7. 2.	2‰			I. Sch.
69	1909/10 875	Fibanek Elfriede 22 J. II. p.		Anamnese fehlt					Gemini	2 St.
70	1910 889	Wölfer Hedwig 23 J. I. p. mittelgroße Frau im guten Ernährungszustand	2. 3. 10.	Mit 16 Jahren Gelenkrheumatismus, von dem ein Herzfehler zurückblieb, der ihr jetzt jedoch keine Beschwerden verursacht	keine	2. 3.	2‰			II. Sch.
71	1909/10 16	Neumann Bertha 26 J. I. p.	27 2.	Anamnese fehlt	der Beine					
72	1910 903	Klache Martha 17 J. I. p. kleine gracile Frau	14. 2.	Keine ernsten Krankheiten durchgemacht. In der ersten Hälfte häufiges Erbrechen	nicht vorhanden	8. 3.	6‰		Schwangerschafts-Nephritis	I. Sch.
73	1910/11 354	Brückner Emma 30 J II. p. mittelgroß von mittelgroßem Ernährungs- u. geringem Kräftezustande	23. 7. 10	Als Kind Masern, Scharlach u. Diphterie. Die erste Entbindung erfolgte im vorigen Jahre unter poliklinischer Hilfe. Sie dauerte 4 Tg. und es wurde eine Episiotomie gemacht. Kopfschmerz, Mattigkeit, Sehstörungen und Rückenschmerzen	hochgradige Oedeme an beid. Ober- u. Unterschenkl.	23. 8	10‰	Zahlreiche Leukocythen, Blasen-, Nieren-Epithelien. Erythrocyten, hyaline und granulierte Cylinder	Nephritis pareuchymatosa. Sehstörung.	II. Sch.
74	1910/11. 786	Goldbart Eva 29 J. V. p. mittelgroße Frau im guten Ernährungszustande	2. 12. 10	Als Kind gesund gewesen. Die 1. Geburt: Totgeburt (ausgetragen). Schwellung d. Beine bei allen Schwangerschaften. In der 4. Schwangerschaft nierenkrank und Retinitis albuminurica	keine	2. 12.	½‰	Leukocythen Epithelien, keine Cylinder	Retinitis albuminurica. Herzdämpfung verbreitet 2 Aorten ton accentuiert	

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
7. 2.	5 St.	Spontan	X	ausgetragen	3180 g 50,5 cm	+			710 g 16 × 19	In den ersten 2 Tagen 1 ‰, am 3. Tage 0,5 ‰. Entlassungsbef.: Albumenfrei		
										Gesund entlassen		Krankengeschichte fehlt
3. 3.	16 St.	Spontan	X	ausgetragen	3200 g 53,5 cm	+			850 g 20 × 20	In den ersten 2 Tagen 1¾ ‰. Sonst albumen- und fieberfrei	Entwickelt sich gut	
										16. 4. entlassen		Krankengeschichte fehlt.
9. 3.	21 St.	Spontan	X	ausgetragen	3170 g 51 cm	+			540 g 16×17	Am 3. Tage Spuren von Albumen. 21. 3. albumenfrei entlassen	entwickelt sich gut	
										25. 8. 4 ‰ 27. 8. 4 ‰ 28. 8. 3 ‰ 31. 8. auf eigenen Wunsch entlass.		unentbund.
		Hystereurynther	III							Das Wochenbett war afebril. Bei der Entlassung, den 17. 12. 10, war eine geringe Menge Eiweiß und vereinzelte Cylinder		Abortart

Nummer	Jahrgang und Journal-Nr.	Name, Alter, Zahl der Geburten Konstitution	Eintritt	Anamnese	Zeichen von Albumin., Nephritis etc.					Kindslage
					Oedeme	Urin				
						Datum d. Untersuchung	Eiweiß	Sediment	Sonstige Befunde	
75	1911|12 65	Träger Emma 38 J. VII. p mittelkräftig	22. 3.	5 Normalgeburten, 1 Abort im 3. Monat. Von früheren Nierenkrankheiten nichts bekannt Vom 2. 1. 11. 9. 2. 11. und vom 27. 2. 11. — 22. 3. 11 war sie in der Med. Klinik behandelt	keine	22. 3.	sehr viel	reichlich hyaline u. grobgranulierte Cylinder. Viel Leucocythen, keine rote Blutkörperchen	Nephritis pareuchimatosa	II. Sch.
76	1911|12 121	Brückner Emma 30 J. III. p. schwächlich	16. V.	Als Kind Masern u Scharlach 1. Spontangeburt. 2. Spontangeburt. Während der Schwangerschaft Schwellung d. Beine, Kind starb nach 18 Tagen. Jetzt Husten, Auswurf, Stechen beim Atmen, Schwellung der Beine. Appetitlosigkeit, wenig Urin	an den Unterschenkl.	16. 5.	3‰	viel granulierte und hyaline Cylinder, Leucocythen u. Epithelien	Nephritis chronica	

Geburt			Kind						Placenta	Verlauf		Bemerkungen
Datum	Geburtsdauer	Komplikationen	Frucht-Alter	Entwicklung	Gewicht und Länge	lebend	tot	maceriert		Mutter	Kind	
16. 4.	39 St.	Armvorfall. Pituitzin. Wendung auf vorderen Fuß. Extraktion Veit-Smelli Dammnaht.	X	ausgetragen	3220 g 51 cm	+			700 g 18×21	23. 4. Esbach Spuren 24. 4. keine Cylinder 27. 4 Albumenspuren	Entwickelt sich gut	30. 4. Zur Behandlung in die Med. Poliklinik entlassen
										24 5. 2‰ 26. 5. 2‰ 27.5.—1.6. 1‰ 1. 6. entlassen		Nicht entbunden Patientin fühlt sich nach längerer Bettruhe bedeutend besser. Oedeme sind zurückgegangen. Cylinder spärlich zu finden. Da vorläufig an eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft nicht gedacht wird, wird Patientin den 1. 6. entlassen

Literatur.

1. Annales. de therapie, 1846.
2. Arch. gen., 1848.
3. Assoc. Journ., 1855.
4. Aufrecht. „Über das Auftreten von Eiweiß im Harn infolge des Geburtsaktes." Zent. f. klin. Med. 1893, Nr. 22.
5. Axenfeld. Mon. f. Geb. u Gyn., Bd. 2, 1895.
6. Bartels. Handbuch der Krankheiten des Harnapparates.
7. Burkart. Die Harncylinder, Hirschwald 1874.
8. Cohn E. „Über das Absterben des Fötus bei Nephritis der Mutter"; Zent. f. Gyn. Nr. 50, 1887.
9. Cohn. „Über das Absterben des Fötus bei Nephritis der Mutter"; Zeit. f. Geb. u Gyn. 19, H. 2, 1888.
10. Dobrowolski. „Zur Frage der Albuminurie bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen"; In. Diss. St. Pertersburg, 1897.
11. Fehling. „Über habituelle Absterben der Frucht bei Nierenerkrankungen der Mutter"; Arch. f. Gyn. 27, H. 2, 1885.
12. Fehling „Weitere Beiträge zur klin. Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft"; Arch. f. Gyn. 29, H. 3, 1894.
13. Fellner. „Die Beziehungen innerer Krankheiten zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett"; 1903, Wien.
14. Fischer. „Über Schwangerschaftsniere und Schwangerschaftsnephritis"; Arch. f. Gyn., 11, 4, 1893.
15. Fischer H. Prager med. Woch., 1892, Nr. 17.
16. Flaischlein. „Über Schwangerschafts- und Geburtsniere"; Zeit. f. Geb. und Gyn., Bd. 8.
17. Frankenhäuser. „Die Nerven der Gebärmutter", 1872.
18. Frerichs. „Die Bright'sche Nierenerkrankung und ihre Behandlung", 1851.
19. Friedeberg. „Über Albuminurie im Anschluß an den Geburtsakt"; Berl. Klin. Woch., 1894, Nr. 4.

20. Gazette de Paris, 1861.
21. Halberstma. Zeit. für Geb. u. Gyn., 5, 1880.
22. Hofmeier. „Die Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft"; Zeit. f. Geb. u. Gyn., 3, H. 2, 1878.
23. Ingerslew. „Beitrag zur Albuminurie während der Schwangerschaft, der Geburt und der Eklampsie"; Zeit. f. Geb. u. Gyn., 6, H. 2.
24. Jägerroos. „Über die Eiweißkörper des Harns bei Gebärenden und Wöchnerinnen"; Arch. f. Gyn., Bd. 91, 1910.
25. Kaltenbach. „Über Albuminurie und Erkrankung der Harnorgane in der Fortpflanzungsperiode"; Arch. f. Gyn., Bd. 3, 1872.
26. Kleinwächter. Arch. f. Gyn., Bd. 13, H. 2 u. 3.
27. Koblanck. Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. 29, 1894.
28. v. Leyden. „Über Hydrops und Albuminurie"; Zeit. f. klin. Med., 1886, H. 1.
29. v. Leyden. Zeit. f. innere Med., Bd. 2, H. 1.
30. Litzmann. Zeit. f. Geb. u. Gyn., 3, 1878.
31. Leçons sur l'appareil vasomot, 1875.
32. Löhlein. „Über den Wert der künstlichen Frühgeburt bei inneren Krankheiten"; Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd. 13.
33. Meyer L. „Analecta ad gravidarum parturientium et puerperarum Albuminuriam"; Berlin, 1853.
34. Meyer L. „Zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft und bei der Geburt"; Zeit. f. Geb. u. Gyn., 16, H. 2, 1889.
35. Meyer L. „Über Albuminurie bei der mit Zwillingen Hydramnions, engem Becken oder Syphilis, kompl. Schwangerschaft und Geburt"; Zeit. f. Geb. u. Gyn., 17, H. 1, 1889.
36. Meyer L. „Über das Verhältnis zwischen Nierenleiden, weißen Infarkten und habit. Absterben der Frucht"; Zent. f. Gyn., Nr. 15, 1891.
37. Möricke. „Beitrag zur Nierenerkrankung der Schwangeren"; Zeit. f. Geb. u. Gyn., 5, 1880
38. Munlieff. „Einige Betrachtungen über Albuminurie und Nephritis gravidarum im Zusammenhang mit intrauterinem Absterben der Frucht"; Sammlung klin. Vorträge, Leipzig, 1892, Nr. 6.
39. Ries. Klin.-experim. Untersuchung über Schwangerschaftsniere. J. D., Straßburg, 1888.
40. Rayer. Traité des maladies des reins, 1841.
41. Rosenstein. „Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten".

42. Saft. „Beitrag zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und von ihrem Verhältnis zur Eklampsie"; Arch. f. Gyn., Bd. 51, 1896.
43. Schmidt's Jahrbücher.
44 Silex. Monat. f. Geb. u. Gyn., Bd. 5, 1897. Deut. med. Woch., 1895, Nr. 5.
45. Spiegelberg. Zeit. f. klin. Med., 1881, 1886.
46. Trautenroth. „Klin. Untersuchungen und Studien über das Verhalten der Harnorgane, insbesondere der Nieren, in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett". Zeit. f. Geb. u. Gyn., 30, 1894.
47. Volkmar. „Über Nephritis der Schwangeren und Kreißenden". Münch. med. Woch., 1893, Nr. 34.
48. Weinbaum. „Drei Fälle von chron. Morbus. Brightii" I. D. Berlin, 1887.
49. Weißgerber u. Perls. „Beiträge zur Kenntnis der Entstehung der sogenannten Fibrincylinder etc."; Arch. f. exper. Pathol., Bd. 6.
50. Wiedow. Über den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentarerkrankungen; Zeit. f. Geb. u. Gyn; 14, 1888.
51. Winckel. „Handbuch der Geburtshilfe"; Bd. 1, 1. H.
52. Winter. „Zur Lehre von der vorzeitigen Placentarlösung bei Nephritis"; Zeit. f. Geb. u. Gyn., 11, H. 2, 1885.
53. Wippermann. „Untersuchungen über das Gewichtsverhältnis zwischen Fötus und Placenta bei Albuminurie in der Schwangerschaft"; Arch. f. Gyn., 57, H. 3, 1899.

Lebenslauf.

Als Sohn des Kaufmanns Josef Geisler und seiner Frau Marie, geb. Preiß, wurde ich, Hipolit Geisler, am 18. Juni 1886 zu Czenstochau, Russ.-Polen, geboren. Ich bin jüdischer Konfession.

Durch Privatunterricht vorbereitet, trat ich August 1897 in die erste Vorschulklasse des Czenstochauer Gymnasiums, welches ich Juni 1907 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um mich dem Studium der Medizin zu widmen.

Meine ganze Studienzeit verbrachte ich in Breslau.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

Bittorf, C. Bruck, Coenen, Danielsen, Dawidsohn, Filehne, Groenow, Hannes, Hasse, Heyman, Hinsberg, Hürthle, Klaatsch, Kramer, Kühneman, Küstner, Küttner, Ladenburg, Lenz, Ludloff, Minkowski, Most, Neisser, R. Pfeiffer, v. Pirquet, Ponfick, Röhman, Schäffer, † Stern, Strecker, Triepel, Uhthoff, Ziegler.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank aus.

Hipolit Geisler.